

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 juillet 1904, à 1 heure

PAR

Henri-Stanislas LÆWENHARD

Né à Paris le 1^{er} août 1877

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

COMPLICATIONS GÉNITALES

DE

L'APPENDICITE CHEZ LA FEMME

Président : M. LE DENTU

Professeur : M. DE LAPERSONNE

Juges : { M. THIÉRY
 { M. MARION

PARIS

IMPRIMERIE GÉNÉRALE LAHURE

9, RUE DE FLEURUS, 9

1904

MM.
Doyen. . . DEBOVE.

	POIRIER.	Anatomic.
	Ch. RICHET.	Physiologie.
	GARIEL.	Physique médicale.
	GAUTIER.	Chimie organique et Chimie générale.
	BLANCHARD.	Histoire naturelle médicale.
	BOUCHARD.	Pathologie et Thérapeutique générales.
	HUTINEL.	Pathologie médicale.
	BRISSAUD.	—
	LANNELONGUE.	Pathologie chirurgicale.
	CORNIL.	Anatomie pathologique.
	Mathias DUVAL.	Histologie.
	RECLUS.	Opérations et Appareils.
	POUCHET.	Pharmacologie et Matière médicale.
	GILBERT.	Thérapeutique.
	CHANTEMESSE.	Hygiène.
	BROUARDEL.	Médecine légale.
	DEJERINE.	Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.
	ROGER.	Pathologie expérimentale et comparée.
Professeurs	HAYEM.	—
	DIEULAFOY.	Clinique médicale.
	DEBOVE.	—
	LANDOUZY.	—
	GRANCHER.	Maladies des enfants.
	JOFFROY.	Clinique de Pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.
	GAUCHER.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
	RAYMOND.	Clinique des maladies du système nerveux.
	TILLAUX.	Clinique chirurgicale.
	LE DENTU.	—
	TERRIER.	—
	BERGER.	—
	De LAPERSONNE.	Clinique ophtalmologique.
	GUYON.	Clinique des maladies des voies urinaires.
	BUDIN.	Clinique d'accouchements.
	PINARD.	—
	POZZI.	Clinique gynécologique.
	KIRMISSON.	Clinique chirurgicale infantile.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	RICHAUD.
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE.	TEISSIER.
BEZANÇON.	TOURETTE.	MARION.	THIÉRY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MÉRY.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	RÉMY.	WALLICH.
CUNÉO.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
DEMLIN.	LANGLOIS.	RIEFFEL (Chef des	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	travaux anatomi-	WURTZ.
DUPRÉ.	LEGRY.	ques.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

LA MÉMOIRE DE MA MÈRE .

A

MON PRÉSIDENT DE THÈSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, dans les services hospitaliers que nous avons suivis, nous avons été frappé de la coexistence fréquente chez la femme et chez la jeune fille de lésions appendiculaires et annexielles.

Sans nier la possibilité d'une simple coïncidence entre ces deux ordres de lésions, nous croyons qu'il existe le plus souvent, au moins lorsque les annexes droites sont seules atteintes, une relation de cause à effet entre les deux affections.

Les lésions appendiculaires secondaires aux lésions annexielles ont été parfaitement étudiées : nous ne reprendrons pas cette question.

Mais la connaissance des lésions des annexes secondaires à l'appendicite est à peine ébauchée.

Nous avons recherché dans la littérature médicale et nous avons vu que, jusqu'en 1902 environ, la lésion primitive appendiculaire était bien admise, mais considérée comme fort rare, et ce n'est guère qu'avec Newmann en Amérique, Frænkel en Allemagne, Pozzi, Routier, Soupault, en France, que l'on a commencé dans ces derniers temps à s'occuper de l'appendicite comme lésion initiale.

C'est aussi à partir de ce moment que l'on a commencé à examiner et à réséquer systématiquement l'appendice au cours d'interventions abdominales.

Nous avons voulu apporter notre contribution à cette étude si intéressante :

Nous étudierons successivement :

1° Les rapports de l'appendicite avec les troubles de la menstruation.

2° Les rapports de l'appendicite avec les lésions de l'appareil génital.

3° Les rapports de l'appendicite avec la grossesse, et bien que la grossesse par elle-même ne puisse pas être appelée complication, nous avons cru néanmoins devoir consacrer une partie de notre travail à ces cas particuliers, car l'évolution de la grossesse retentit sur l'évolution de l'appendicite d'une façon tellement certaine et avec tant de gravité qu'on peut à juste titre l'appeler complication de l'appendicite.

COMPLICATIONS GÉNITALES

DE

L'APPENDICITE CHEZ LA FEMME

ANATOMIE

Nous ne nous proposons pas de refaire toute l'anatomie de l'appendice; les seules questions qui nous occuperont ici seront : la situation pelvienne de l'appendice, et ses rapports avec les organes génitaux du côté droit (trompe, ovaire, utérus).

Le cæcum, auquel l'appendice est rattaché, est un organe essentiellement variable comme situation; il peut être situé plus ou moins haut dans la cavité abdominale, tantôt sous le foie, tantôt au-dessus du pubis, parfois même dans la fosse iliaque gauche. La situation habituelle du cæcum se trouve dans la fosse iliaque droite, quelquefois même il est situé plus bas et plonge dans le petit bassin; c'est avec la situation habituelle celle qui nous occupe le plus : en effet, de la situation du cæcum dépend en partie la situation de l'appendice. Le cæcum en situation pelvienne a été rencontré par Trèves (1885) 18 fois sur 100 sujets, soit 18 pour 100. Leguen (1892), sur 107 cadavres d'enfants et d'adultes a trouvé 55 fois le cæcum dans sa position normale, c'est-à-dire la position pelvienne moyenne, 14 fois dans le petit bassin, Perondé (1900), sur 50 cas, 59 fois en situation normale, et 7 fois dans

L'appendice prend naissance à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'angle iléo-cæcal, sur la paroi gauche, la paroi interne du cæcum. Son calibre, ses dimensions, sa situation sont extrêmement variables.

Son diamètre varie de 5 à 7 millimètres en moyenne, sa longueur moyenne est de 6 à 12 centimètres, mais elle peut varier dans des proportions considérables; il peut être très court, ou encore atteindre 20 centimètres (Gegenbaur) et jusqu'à 25 centimètres (Luschka).

Quant à sa direction, elle peut être extrêmement variable, et dépend, comme facteurs, d'une part de la longueur propre de l'appendice, d'autre part des dimensions de son méso. L'appendice peut être rétro-cæcal, pré-cæcal, latéro-cæcal, sous-cæcal; c'est cette dernière situation qui présente pour nous le plus d'intérêt, bien que les organes génitaux de la femme puissent se mettre en rapport avec l'appendice dans n'importe laquelle de ces positions, quand la grossesse est venue modifier leurs rapports normaux.

La situation sous-cæcale est celle où l'appendice pend au-dessous et à gauche du cæcum, la pointe dirigée vers la cavité pelvienne.

Nous avons trouvé rapportées dans la thèse de Barnsby :

Les statistiques de Fergusson, 11 appendices pelviens pour 200 cadavres examinés, de Laffargue, appendice descendant 41,5 pour 100, et atteignant le petit bassin 20 pour 100, de Bérard de Lyon, 50,7 pour 100; enfin, la statistique personnelle de Barnsby, situation sous-cæcale 59,4 pour 100, situation pelvienne proprement dite 52 pour 100. Celle de Marcland (Paris, 1902). Sur 21 cadavres de femmes examinés par lui, il a trouvé 8 cas, c'est-à-dire 58 pour 100, se divisant ainsi :

- 4 fois l'appendice en position descendante;
- 2 fois en position nettement pelvienne;
- 2 fois en contact direct avec les organes génitaux.

Dans une de ses observations il indique la situation de l'appendice de la façon suivante :

« L'appendice s'implante sur l'angle inféro-interne du cæcum. Le point d'origine de l'appendice correspond au milieu du bord interne du psoas. De là l'appendice descend directement dans le petit bassin en se portant en arrière, puis en bas, et va se pelotonner sous le bord interne du psoas, sur la face latérale externe de la paroi pelvienne.

« Il recouvre là, presque complètement, le pavillon de la trompe droite appliqué sur l'extrémité externe de l'ovaire. La longueur est de 14 centimètres. »

A ces statistiques nous pouvons ajouter : celle de Robinson, 25 pour 100 en position pelvienne; celle de Gilis (1900) où, à l'examen de 12 cas (8 hommes et 4 femmes), il trouve l'appendice 5 fois en situation rétro-cæcale, 4 fois sous-iléale et 3 fois pelvienne. Il ramène à cette classification les 117 cas de Tuffier et Jeune, et obtient l'appendice en situation rétro-cæcale 56 fois, en sous-cæcale 45 fois, pelvienne 52 fois. Il conclut que l'appendice est le plus souvent sous-iléal, puis rétro-cæcal, puis pelvien.

Pour ce qui est des rapports normaux qui peuvent exister entre l'appendice et les organes génitaux de la femme du côté droit, deux ordres de connexions peuvent s'établir : soit par le péritoine, soit par le ligament appendiculo-ovarien de Clado.

En ce qui concerne le péritoine, on sait que la partie supérieure et externe du ligament large (portion entourant comme un méso les vaisseaux ovariens) s'étend jusqu'à la paroi pelvienne latérale, au niveau ou au-dessus du détroit supérieur, et qu'elle présente là des connexions variables, mais possibles, avec le péritoine intestinal, c'est-à-dire celui du côlon sigmoïde à gauche, et celui du cæcum à droite; c'est ce que Treitz appelle les replis génito-entériques.

Quant aux rapports de l'appendice et des annexes droites

par le ligament de Clado, ils ont été parfaitement étudiés par Barnsby. Cet auteur a multiplié ses recherches anatomiques et est arrivé à la conclusion suivante :

Malgré tout le soin qu'il a apporté à rechercher ce ligament et particulièrement à rechercher les vaisseaux lymphatiques pouvant établir une communication même sous-péritonéale en dehors de tout ligament, Barnsby, en plus de ses observations personnelles, rapporte encore celles de Bérard (de Lyon), de Souligoux (de Paris), de Ledouble (de Tours); or, aucun de ces auteurs, malgré un nombre considérable d'examens, n'a trouvé de communication, pas plus ligamentaire que lymphatique.

Enfin, dans le *Traité d'anatomie* de Poirier, Poirier et Cunéo s'expriment en ces termes :

« Clado a décrit une anastomose des lymphatiques de l'appendice à ceux de l'ovaire droit; cette anastomose cheminerait dans le ligament appendiculo-ovarien. Tixier et Viannay ont rencontré dans ce repli un petit ganglion lymphatique. Nous n'avons jamais constaté l'existence de l'anastomose décrite par Clado, et nous rejetons formellement son existence. »

En résumé nous pourrions dire avec ces auteurs que, dans environ 20 pour 100 des sujets, l'appendice se trouve en situation pelvienne, c'est-à-dire en rapport de contiguïté plus ou moins immédiat avec les organes génitaux de la femme du côté droit, mais qu'il n'existe pas de rapport de continuité direct entre les ligaments et les vaisseaux de ces deux groupes d'organes.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Sans vouloir refaire ici toute l'étiologie de l'appendicite chez la femme, nous savons que cette affection peut frapper en pleine santé, à tout âge, cependant il semble que l'enfant en bas âge est moins fréquemment atteint et l'on en cite peu de cas avant une dizaine d'années.

Le maximum de fréquence de cette affection serait entré dix et vingt-cinq ans, c'est-à-dire en pleine évolution génitale; elle est fréquente pendant la puberté, et il est hors de doute que l'évolution d'une inflammation dans un organe si voisin des organes génitaux est susceptible de retentir sur ces derniers, surtout à cette époque d'évolution rapide de ces organes.

Barnsby a d'ailleurs nettement établi dans sa thèse la fréquence de la propagation d'une infection annexielle à l'appendice.

Il est absolument logique d'admettre que l'infection peut se propager en sens inverse, et qu'une infection appendiculaire peut retentir sur les annexes de l'utérus.

La propagation en sens inverse est peut-être plus fréquente. Nous ferons toutefois remarquer que les statistiques américaines de Binkley ont nettement prouvé la fréquence plus grande des lésions annexielles gauches à la suite des infections utérines, expliquée d'ailleurs par la disposition anatomique de la trompe gauche plus large, ce qui faciliterait la propagation des lésions utérines. Aussi quand on se trouve en présence des lésions appendiculaires, en coïncidence avec des lésions des annexes droites, sans aucune lésion macro-

scopique des annexes gauches, est-on en droit de supposer que les deux affections sont sous la dépendance l'une de l'autre. C'est ce que nous voulons démontrer, nous basant sur le tableau clinique qui, nous montrant chez nos malades un début nettement intestino-appendiculaire, nous permet de conclure que la lésion primitive est nettement dans l'appendice.

D'ailleurs, comment expliquer autrement l'existence chez une femme indemne de tout passé pathologique génital, à plus forte raison, chez une vierge, la coexistence d'une appendicite avec une lésion annexielle droite suppurée ou non.

Nous trouvons, en effet, dans l'observation XIV que nous devons à l'extrême obligeance de notre maître M. Marion, l'histoire d'une jeune fille vierge, de dix-neuf ans, ayant présenté une crise très nette d'appendicite qu'on a laissé refroidir, et qui quinze mois après présentait des troubles surtout d'origine annexielle (douleurs dans le bas-ventre, règles excessivement douloureuses).

Opérée par notre maître, elle présentait : « l'appendice bas situé, petit, relié à la trompe et à l'ovaire du côté droit par des adhérences qui englobent complètement cet ovaire et cette trompe. Malgré l'âge de la malade, je me résous à enlever ces organes atrophiés du reste, ovaire diminué de volume, trompe oblitérée de même que l'appendice. »

Quelle est la variété d'appendicite susceptible de retentir le plus sur les affections des organes génitaux, et par quelle voie peut se propager l'affection?

Nous n'étudierons pas ici l'appendicite gangréneuse perforante, et déterminant une péritonite généralisée, diffuse.

Les lésions péritonéales, bien qu'intéressant le péritoine du petit bassin, sont trop généralisées, ce sont des infections en surface à évolution beaucoup trop rapide et trop souvent mortelles pour qu'on ait pu étudier des lésions annexielles dues à ces formes graves.

Tout autrement se comportent les appendicites à évolution lente, par poussées successives, qu'elles déterminent seulement des adhérences ou la formation d'un foyer purulent enkysté, ou enfin l'appendicite chronique larvée sur laquelle M. Siredey a attiré l'attention.

Aussi, laissant de côté les appendicites à origine nettement annexielle, nous sommes-nous attachés à étudier les voies par lesquelles l'infection de l'appendice peut retentir sur les affections des organes génitaux féminins tant fonctionnelles que pathologiques, pour ne citer que pour mémoire les cas fort rares où un abcès pelvien d'origine appendiculaire s'étant vidé naturellement par le vagin, a infecté ce dernier et a pu par voie ascendante provoquer l'évolution de salpingites par voie utérine. (Pozzi.)

La présence d'une inflammation aiguë au voisinage et au moment de la congestion pelvienne menstruelle peut déterminer une infection de voisinage en dehors de toute communication vasculaire, et l'appendice enflammé peut ensementer directement ses agents pathogènes dans la trompe droite en érection.

Dans les cas d'appendicite chronique avec formation d'adhérences avec les annexes droites, dans ces adhérences peuvent se former des vaisseaux de néoformation tant sanguins que lymphatiques, et lors d'une nouvelle crise appendiculaire l'infection ne peut-elle cheminer à travers cette voie lymphatique d'origine pathologique. (Pozzi.)

Et s'il n'y a pas d'adhérences, la présence d'un appendice enflammé dans le petit bassin peut, au moment de la crise pubérale, alors que tout le système nerveux est si violemment surexcité, déterminer par voie réflexe des troubles dans la régularité de l'écoulement sanguin et surtout de la douleur pendant cet écoulement; à plus forte raison, la turgescence des organes génitaux, surtout au moment des premières règles, peut être entravée et rendue douloureuse par la présence d'adhérences fixant l'appendice à l'ovaire.

Enfin, la forme d'appendicite chronique d'emblée, à évolution lente et insidieuse, l'appendicite larvée de Siredey, pourra déterminer toute affection génitale organique, et il est nécessaire de rappeler ici combien est insidieuse l'évolution de ces appendicites et combien souvent on a trouvé au cours d'intervention sur le ventre des appendicites n'ayant jamais donné lieu à aucun symptôme morbide et présentant à la coupe histologique des lésions très avancées, parfois des menacés de perforation.

RAPPORTS DE L'APPENDICITE CHRONIQUE LARVÉE AVEC LES TROUBLES DE LA MENSTRUATION

En octobre 1905, Newman, dans le *Journal of the Amer. Assoc.*, commence un article sur l'appendicite au point de vue du gynécologiste en ces termes :

« Une jeune fille de 16 ans, d'apparence bien portante, mais nerveuse et très anémique, souffrait de crises douloureuses dans le bas ventre. Ces crises revenaient toutes les 5 ou 4 semaines et coïncidaient avec les règles. Leur durée était d'environ 5 jours, mais leur périodicité et l'âge de la jeune fille décidèrent son frère, un médecin, à me l'amener pour la soumettre à un traitement gynécologique.

A l'examen je n'ai pu localiser aucune douleur du côté des organes génitaux, mais j'ai trouvé un appendice malade et j'en ai informé le médecin. Non satisfait de mon diagnostic, il alla consulter un autre chirurgien qui fut d'avis que l'appendice n'était pas touché et que probablement les troubles provenaient d'une lésion des organes génitaux.

On a attendu quelques mois, mais la jeune fille fut finalement opérée et l'on trouva un appendice allongé enflammé et fixé par son extrémité à l'ovaire droit. Il n'y avait aucune autre lésion des organes génitaux.

Environ un mois après, Legendre, dans le numéro du 7 novembre 1905 du *Bulletin Médical*, et Soupault, dans la séance du 5 décembre 1905 de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, attire l'attention sur les formes larvées de l'appendice et des troubles menstruels; il cite cinq observations à ce

sujet. Nous-même, dans le service de notre maître le D^r Rou-
tier, nous avons pu recueillir quelques observations assez
nettes, particulièrement 5 chez des jeunes filles vierges
(Observ. VII, VIII, IX).

SYMPTOMES

Les troubles dysménorrhéiques peuvent survenir dans deux
cas bien différents : ou bien à la suite d'une appendicite
franchement aiguë, bien caractérisée, d'un diagnostic facile,
ou au cours de l'appendicite chronique.

Nous n'insisterons pas sur le tableau clinique de la crise
appendiculaire banale, après laquelle s'établissent progressi-
vement les symptômes dysménorrhéiques, nous étudierons par-
ticulièrement la forme chronique larvée de Siredey, Soupault
et Legendre.

C'est à M. Siredey et à sa communication du 26 novembre
1905 que nous emprunterons la description des symptômes de
l'appendicite larvée.

D'après cet auteur, la dyspepsie tient, parmi les symptômes
permettant de soupçonner les altérations chroniques de l'ap-
pendice, le premier rang. Elle consiste en de simples phéno-
mènes d'atonie gastro-intestinale, sensations de pesanteur à
l'épigastre, aussitôt après l'ingestion des aliments, disten-
sion de l'estomac avec météorisme très appréciable à la
palpation et à la percussion, distension de l'intestin, borbo-
rygmes bruyants, constipation opiniâtre ou bien alternatives
de constipation et de diarrhée.

Tantôt elle donne lieu à des phénomènes d'irritation gas-
trique : faim douloureuse, sensation de brûlure à l'épigastre
momentanément calmée par l'ingestion des aliments et qui
reparaît avec plus d'intensité vers la fin de la digestion.

Deux particularités surtout donnent à cette dyspepsie
d'origine appendiculaire une physionomie spéciale : le carac-

rière capricieux des troubles digestifs et la facilité avec laquelle se produisent les vomissements.

On observe ces phénomènes surtout sous l'influence de la marche, de la fatigue.

Il en est de même des vomissements : il suffit d'une marche un peu rapide, d'une course en voiture à une époque rapprochée des repas, pour que les malades soient pris de vomissements alimentaires ou simplement aqueux. Ces désordres s'accompagnent toujours de douleurs plus ou moins vives, ayant le plus souvent un caractère angoissant tout particulier, qui se traduit par une pâleur accentuée du visage, par une contraction des traits allant parfois jusqu'à la lipothymie et qui même dans les formes les plus atténuées rend les malades extrêmement nerveux et irritables. Ces douleurs ne siègent pas exclusivement à l'épigastre et à la région dorsale, elles sont plus diffuses et semblent avoir leur maximum au niveau de l'ombilic ; elles se prolongent presque toujours vers le côté droit et jusque dans la fosse iliaque.

D'ailleurs, la pression au point de Mac Burney exaspère singulièrement cette douleur, la réveille dans les périodes de calme et provoque des irradiations vers l'ombilic et vers le creux épigastrique.

Il existe presque toujours, simultanément, des désordres plus ou moins accentués dans les fonctions intestinales. La constipation est à peu près la règle et l'irritation du côlon qui en résulte contribue souvent à augmenter les souffrances.

Parfois on observe des alternatives de constipation et de diarrhée ; quelquefois la diarrhée est habituelle et survient au moment des crises ; dans ces cas, les selles sont généralement très fétides.

La douleur existe souvent en dehors des digestions, elle apparaît soudainement à l'occasion de mouvements violents ou de secousses : on l'observe, par exemple, chez les enfants au cours des jeux, ou bien dans une course en voiture ; elle

s'accompagne de pâleur, de crispation subite des traits comme lorsqu'elle vient pendant les digestions. Plus rarement elle apparaît même au repos et réveille les malades pendant la nuit.

Elle n'a pas toujours son maximum au niveau du point classique de Mac Burney, elle se montre tantôt au voisinage de l'ombilic, tantôt sur le trajet du côlon transverse, parfois même en des régions éloignées, le long de la cuisse et de la jambe chez certains malades, ou dans l'hypocondre gauche.

Cependant l'exploration systématique de l'abdomen met immédiatement en évidence le point douloureux caractéristique de Mac Burney, et la pression exercée à ce niveau provoque presque toujours un retentissement très accentué au niveau des foyers secondaires. Ces douleurs à distance peuvent s'expliquer par des irradiations nerveuses, mais il est probable aussi que les ganglions lymphatiques jouent un rôle important dans leur production.

L'appendicite chronique entretient communément des troubles nerveux assez accentués et qui se caractérisent par de l'inaptitude au travail, par une instabilité excessive, par une tendance marquée à l'hypocondrie.

La plupart des personnes atteintes d'appendicite chronique sont maigres, quelques-unes conservent cependant un certain embonpoint, presque toutes ont une teinte jaunâtre, parfois un peu terreuse.

Si à tous ces symptômes nous ajoutons les douleurs exacerbées au moment des règles, débutant quelques jours avant ou la veille de leur apparition pour disparaître en même temps qu'elles, la douleur déplacée et située au niveau de l'ovaire droit, la quantité du sang diminuée ou augmentée, une hypersécrétion vaginale dans l'intervalle des règles, nous aurons ainsi le tableau clinique de ces malades atteintes d'appendicite larvée avec troubles menstruels.

Les troubles dus à l'appendicite, parfois, au lieu de dispa-

raître avec les règles se prolongent encore quelques jours après.

Les crises se reproduisent exceptionnellement au moment de chaque époque menstruelle. Le plus souvent elles n'apparaissent qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, sans qu'on puisse donner aucune explication sur le réveil de ces accidents; cependant, chez certaines femmes antérieurement bien réglées et sans douleurs, nous avons vu les règles troubles par une appendicite d'abord aiguë, puis chronique, et les douleurs revenir avec chaque menstrue.

Assez souvent on voit se produire de plus dans les intervalles des règles des douleurs appendiculaires plus ou moins caractérisées, même des crises franches d'appendicite aiguë, mais il faut noter que dans beaucoup de cas la fosse iliaque droite, très sensible pendant les règles, devient indolore et souple dans leur intervalle. On rencontre ainsi assez fréquemment de l'entérite muco-membraneuse.

L'intensité des troubles est extrêmement variable d'une crise à l'autre, parfois à peine marquée, d'autre fois bruyants, très nets, parfois inquiétants.

Les troubles fonctionnels sont assez variables; le plus constant semble être la douleur, qui ordinairement donne l'illusion d'un point de côté situé assez bas dans la fosse iliaque droite. Cette douleur est rarement aiguë, présentant plutôt l'aspect d'une colique et dans les crises bénignes, cède assez facilement au repos et à une médication locale appropriée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'appendicite dans ces cas larvés accompagnés de réactions utéro-ovariennes est souvent très difficile; la crise d'appendicite, prenant dans l'intervalle des règles et affectant la forme de crise aiguë ou subaiguë, éclaire alors le diagnostic.

Mais le diagnostic de ces crises, prenant exactement au moment des règles, disparaissant avec celles-ci, est beaucoup plus difficile, et ce n'est que la recherche méthodique de tous les symptômes, quelque peu accentués qu'ils soient, qui sert à préciser ce diagnostic si important.

La douleur qui, comme nous l'avons vu, est le symptôme à peu près constant, peut ordinairement être ramenée, sinon exactement au point de Mac Burney, du moins dans la région appendiculaire; cette douleur, il est vrai, irradie assez souvent du côté de l'aîne.

Elle s'accompagne aussi assez souvent de troubles du côté du tube digestif, constipation ou diarrhée, vomissements, nausées, facies grippé; tous ces signes porteront l'attention sur l'état du tube digestif et permettront de déceler l'appendicite larvée.

Cependant tous ces symptômes peuvent se rencontrer, soit dans le cas d'appendicite larvée, soit dans le cas d'annexite du côté droit, et souvent ce n'est qu'un interrogatoire très minutieux qui peut, à l'aide de commémoratifs sur l'état antérieur des sécrétions vaginales, de la périodicité des règles, de leur abondance, permettre d'affirmer ce diagnostic qu'il faut souvent chercher.

Et l'on peut assez souvent incriminer une lésion appendiculaire lorsqu'on se trouve en présence de troubles menstruels qu'on ne peut rattacher à aucune lésion, soit du système nerveux, soit de l'appareil génital, surtout lorsque ces troubles s'accompagnent de douleurs plus ou moins vives, plus ou moins diffuses, mais pouvant être rapportées à un foyer siégeant dans la fosse iliaque droite.

PRONOSTIC

Le pronostic est en même temps relatif à l'appendicite elle-même et relatif aux troubles fonctionnels des organes génitaux.

En tant qu'appendicite, nous verrons dans la seconde partie de notre thèse les conséquences graves que peut avoir pour la jeune fille, pour la femme, l'évolution d'une appendicite à forme chronique.

Pour ce qui est des troubles fonctionnels, nous avons vu combien la présence d'un appendice malade peut retentir sur la menstruation et la troubler gravement, on peut dire que les malades atteintes d'appendicite larvée sont des infirmes, obligées d'abandonner tout travail, et nous avons pu recueillir l'observation d'une jeune fille de 25 ans, qui fut bien réglée depuis l'âge de 12 ans et qui a été prise à 21 ans d'une crise douloureuse ayant débuté deux jours avant ses règles.

Depuis cette époque, la malade a été obligée de passer 10 jours par mois dans son lit, inapte à tout travail.

Elle s'est décidée à se laisser opérer et en est très satisfaite.

Le pronostic pour ce qui est des troubles fonctionnels génitaux se rattachant à l'appendicite n'est pas sombre, mais passe d'emblée à l'état chronique sans aucune chance de guérison spontanée.

TRAITEMENT

Le traitement de ces formes larvées, pour ce qui est du traitement médical, est un traitement de symptômes, peu efficace et qui ne peut amener la guérison de la malade, ne s'adressant pas à la cause de l'affection.

Le seul traitement rationnel est l'intervention, qu'il faut conseiller chaque fois que l'on se trouve en présence d'une appendicite nettement diagnostiquée.

Si, au contraire, la présence de l'appendicite est seulement soupçonnée, alors il convient d'attendre jusqu'à ce qu'on ait pu confirmer son diagnostic.

Et si l'on se trouve en présence d'une malade où il est difficile de diagnostiquer l'appendicite, mais qui présente des troubles menstruels, de l'amaigrissement, un facies tiré et terreux sans qu'on puisse attribuer à une cause bien nette ces symptômes, on est en droit de soupçonner l'appendicite et de conseiller l'ablation de cet organe malade.

RAPPORTS DE L'APPENDICITE

AVEC LES LÉSIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL

La deuxième partie de notre travail est consacrée à l'étude des complications organiques, suppurées ou non, des organes génitaux. Elles succèdent le plus souvent à des formes suppurées de l'appendicite. Il nous est impossible ici de refaire toute la symptomatologie de l'appendicite, et de toutes les lésions de l'appareil génital qui peuvent en découler.

Nous admettons fort bien, ainsi que nous l'avons déjà dit, la fréquence des lésions appendiculaires d'origine annexielle, aussi avons-nous soigneusement mis de côté toutes les observations où les femmes présentaient un passé génital pathologique avéré et nous sommes-nous arrêtés surtout aux observations des jeunes filles vierges, et des femmes même ayant eu des enfants, mais n'ayant jamais présenté de douleurs ou de troubles du côté de leurs fonctions génitales.

Il nous faut néanmoins rappeler ici les grands signes de l'appendicite et particulièrement les symptômes se rattachant aux complications pelviennes.

Nous aurons donc deux ordres de symptômes, symptômes de l'affection appendiculaire, symptômes génitaux, avec prédominances des uns sur les autres, atténuation parfois des uns avec exacerbations des autres, parfois viciations des symptômes les uns par les autres.

Les grands symptômes d'appendicites à forme exsudative et suppurée sont :

La soudaineté de leur apparition.

La localisation à peu près fixe de la douleur, au point de Mac Burney.

Les caractères de cette douleur lancinante, exacerbée par la palpation, avec hyperesthésie cutanée et défense de la paroi.

La perception d'un placard empâté dans la région de Mac Burney.

Les irradiations vers le foie, vers l'épigastre, l'ombilic, l'aîne droite.

Les symptômes intestinaux les accompagnant, nausées, vomissements, constipations habituelles, parfois diarrhée.

Elévation de température pouvant atteindre 39°, 40°, dépassant rarement cette dernière température, enfin, soit élévation parallèle du nombre des pulsations, soit au contraire dans les cas graves dissociations de la température et du pouls.

Voici résumés les principaux symptômes de l'appendicite franche aïgue dans l'appendicite à situation normale, c'est-à-dire, avec cæcum en position pelvienne moyenne et l'appendice rétro-cæcal.

Si maintenant nous rappelons les signes fonctionnels des crises annexielles, nous verrons que la salpingo-ovarite débute, soit brusquement, par des douleurs dans le bas-ventre, un peu de ballonnement, des nausées et des vomissements, d'autres fois, et c'est la forme la plus fréquente, cette affection s'installe insidieusement.

Qu'elle ait un début brusque ou insidieux, une fois établie les douleurs siègent surtout dans les côtés, le plus souvent à gauche, s'irradiant dans les reins, au sacrum, au coccyx, à la hanche, reviennent de temps à autre sous forme de coliques tubaires. La menstruation est modifiée, d'une manière assez inconstante. A ces symptômes locaux viennent se joindre des troubles dyspeptiques, de la constipation, de la diarrhée glaireuse.

Aussi voyons-nous que, sans être absolument identiques,

les symptômes de l'appendicite, et des salpingo-ovarites, présentent bien des points communs.

Sur les symptômes d'appendicite viennent se greffer les symptômes que nous venons d'indiquer; ils nous permettront de dire que d'appendiculaire la lésion est devenue génitale.

L'appendicite à forme exsudative aura établi des adhérences entre l'organe malade et les organes voisins, l'ovaire et la trompe en particulier.

La première crise de l'appendicite a été très nette et très franche, mais, après le refroidissement de cette crise, ce sont les symptômes génitaux qui vont dominer : la douleur, au lieu d'être au point d'élection, sera plus bas, dans la région ovarienne; tous les signes de l'appendicite ont disparu, sauf peut-être l'état intestinal; la femme présente ordinairement une constipation opiniâtre, et une tendance aux nausées et aux vomissements.

Ainsi ce sont les signes physiques qui permettent d'établir le diagnostic ou du moins de se rendre compte de la lésion.

Chez la jeune fille vierge, le toucher rectal donnera de bien faibles indications, les annexes droites seront fixées et douloureuses au toucher.

Chez la jeune femme, le toucher vaginal permettra de reconnaître que l'utérus, plus ou moins mobile, n'est pas douloureux, que le cul-de-sac gauche est libre et insensible, tandis qu'à droite on pourra avoir la sensation d'une masse douloureuse plus ou moins grosse formée par les annexes entourées d'adhérences. Ces signes permettent de soupçonner l'appendicite à forme exsudative, avec formation d'adhérences sans lésions inflammatoires des annexes.

Si, au lieu de la forme exsudative simple, nous avons affaire à une forme suppurée, à un abcès périappendiculaire, descendu dans le pelvis, englobant dans ses parois l'appendice, les anses intestinales, le ligament large, la trompe, son pavil-

lon, l'ovaire, en dehors des signes généraux de suppuration, fièvre à grandes oscillations, ballonnement du ventre, empatement de la région sus-pubienne, nous aurons les douleurs continues dans le bas-ventre, la malade sera obligée de rester couchée, le repos seul amenant une légère résolution des symptômes, le toucher ordinairement permettra de percevoir une poche, extrêmement douloureuse, tendue, fluctuante, dans laquelle il est impossible de reconnaître les annexes. Cette masse occupant le douglas et le cul-de-sac latéral droit, mais laissant ordinairement libre le cul-de-sac gauche, sera fixée à l'utérus. Nous devons à M. Marion une observation très nette d'un de ces cas, où le syndrome de l'appendicite a fait place à un syndrome génital des plus nets chez une jeune fille vierge, avec douleurs continues dans le ventre, troubles de la menstruation : ce sont là les collections purulentes englobant dans la paroi de leur poche les organes du petit bassin.

La poussée appendiculaire, après avoir été aiguë, peut rétrocéder, laissant après elle des lésions annexielles graves, comme dans l'obs. n° 15 où en l'espace de deux mois il a évolué chez une femme, mère de deux enfants, n'ayant jamais eu de troubles génitaux, un abcès péri-salpingien avec salpingite suppurée droite, et secondairement périmétrite de la corne droite, les annexes gauches saines.

Dans l'observation due à MM. Gaubert et Lambert, publiée dans la *Gazette médicale* de Nantes et que nous rapportons dans nos obs. au n° 16, nous croyons qu'il y eut de la part des auteurs une erreur d'interprétation.

Ils nous rapportent l'histoire d'une jeune fille vierge, présentant au début tous les symptômes de crises répétées d'appendicite pelvienne avec leurs débuts brusques, les douleurs de la fosse iliaque droite, précédant de quelques jours l'apparition des règles. On a laissé refroidir ces crises qui se sont répétées à intervalles irréguliers jusqu'à une dernière crise plus grave, avec une température de 58°, un pouls à 120, une con-

stipation opiniâtre, des vomissements et des météorismes avec oligurie.

La malade, ponctionnée à travers le douglas, rend par le trocart un litre de pus fétide, pus probablement d'origine intestinale, à coli, ou à anaérobies, car habituellement les collections purulentes d'origines annexielles ne sont pas fétides et le pus ordinairement reste stérile à la culture.

Après cette intervention incomplète, la malade fait une recrudescence de ses symptômes qui au début s'étaient amendés et un examen dans la poche de l'abcès drainé permet aux auteurs de percevoir sur le côté droit de l'utérus un cordon dur roulant sous le doigt et qui, d'après eux, paraît être l'extrémité interne de la trompe enflammée. Ne serait-ce pas plutôt l'appendice en position pelvienne? et nous regrettons fort de n'avoir pas la fin de cette observation très intéressante, vu le nombre assez considérable de crises appendiculaires indiscutables, et la présence de cet abcès à pus fétide dans le petit bassin, le tout évoluant avec des symptômes intestinaux et génitaux chez une jeune fille vierge.

Si nous rapprochons de cette observation celle que nous devons à l'obligeance de notre maître le D^r Marion, nous verrons que cette dernière observation serait comme un stade de passage entre les appendicites à adhérences simples, sans troubles trophiques du côté des annexes, et l'observation de MM. Gaubert et Lambert où l'appendicite provoquant un abcès périappendiculaire englobe dans sa poche purulente et noie dans le pus utérus et annexes.

Il est d'autres variétés encore de lésions où il est presque impossible de faire la part de l'appendicite et de la salpingite, car les lésions appendiculaires, après s'être refroidies et avoir rétrogradé, laissent constituer la lésion génitale sous forme de salpingo-ovarite, et il ne reste plus guère comme traces de la lésion primitive que quelques adhérences de la pointe de l'appendice.

La lésion annexielle, une fois constituée, évolue pour son propre compte, avec son cortège de symptômes propres. La trompe droite peut par voie lymphatique infecter la trompe gauche, et la salpingite double sera constituée. A ces symptômes de salpingite viendront fort souvent se joindre des symptômes de métrite.

M. Delagenière de Meaux, dans son rapport au Congrès de médecine de 1900, dit :

« Nous avons opéré une femme (obs. 5288) pour des supurations pelviennes prédominantes à droite. Les poches remontaient jusque dans la fosse iliaque ; la maladie procédait par poussées aiguës avec symptômes de péritonite, toujours à droite ; à l'ouverture du ventre, nous trouvons de la péritonite enkystée avec du pus fétide : ce foyer évacué, nous trouvons l'appendice gangrené ; enfin, au-dessous de ce foyer, trompe droite atteinte d'inflammation aiguë, distendue par du pus. L'inflammation pelvienne s'est propagée à la trompe gauche, moins malade cependant que la droite. Dans ce fait, les antécédents appendiculaires avaient précédé les symptômes d'annexite, et les lésions semblaient avoir débuté par l'appendice, puis, par ce premier foyer appendiculaire formé, s'être propagées à la trompe droite et enfin à la gauche. Il serait dans ce cas plus logique d'admettre, comme l'a fait remarquer Pozzi, l'origine intestinale des annexites et la propagation de l'infection par les néo-membranes naissantes. »

Dans ce cas particulier, les symptômes étaient des symptômes de poussées annexielles avec prédominance à droite. Ici la lésion appendiculaire était en pleine évolution, et l'évolution de l'appendice était patente.

En résumé, nous voyons que tantôt ce seront les symptômes d'appendicite, tantôt les symptômes d'annexite, qui domineront la scène. Aussi pensons-nous, avec Barnsby, que l'important est de pouvoir établir son diagnostic ferme et de dire que l'on se trouve en présence d'une appendicite, et d'une annexite.

DIAGNOSTIC

Nous voyons par ce qui précède combien ce diagnostic est difficile.

Lorsque la lésion annexielle est nettement unilatérale, située à droite, quand la malade a présenté des crises antérieures bien nettes d'appendicite, le diagnostic s'impose.

Lorsque ce sont surtout les symptômes annexiels qui dominent, quand surtout on se trouve en présence d'une femme ayant infecté ses trompes, puis son utérus, présentant de la métro-salpingite, ce n'est que par une étude très attentive de l'histoire de l'évolution de la maladie que l'on pourra arriver au diagnostic d'appendicite; la situation un peu haute de la douleur de la fosse iliaque droite, l'état dyspeptique et intestinal, le facies, l'histoire de quelque crise fruste accompagnée de nausées et de vomissements permettront de déceler cette affection.

Cependant, dans ces cas, l'établissement d'un diagnostic précis est moins utile, car dans l'un et l'autre cas, l'indication thérapeutique est la même; nous la développerons lorsque nous étudierons le traitement de ces affections.

PRONOSTIC

Il y a, croyons-nous, un intérêt capital à établir le plus tôt possible le diagnostic d'appendicite chez la femme, et particulièrement l'appendicite à forme pelvienne.

En effet, une appendicite en évoluant chez une femme ne déterminera pas fatalement une annexite, mais il suffit de savoir que la chose est possible pour être en droit de dire que l'appendicite chez la femme est une maladie très grave, non seulement en raison de son évolution propre, insidieuse et pouvant déterminer par sa nature même des accidents mortels, mais encore par les complications d'ordre génital auxquelles elle peut donner naissance.

Une femme atteinte de lésions graves des annexes est une infirme, privée des fonctions physiologiques les plus importantes de son organisme.

Chez la jeune fille, le développement d'une appendicite peut amener, si cet appendice est en position pelvienne, le développement d'un abcès péri-appendiculaire et péri-annexiel qui compromettra considérablement la vitalité de ces organes si menacés aujourd'hui par toute espèce d'infection.

L'infection d'une trompe chez la femme, pourra par voie lymphatique, déterminer de l'inflammation de la trompe gauche saine, et rendre ainsi une femme jeune inapte à la procréation, tout en en faisant une infirme du fait des douleurs continuelles qu'elle aura dans le ventre, de son état général doublement mauvais du fait de son appendicite et du fait de ses salpingites.

Nous ne parlons pas ici de l'évolution concomitante de lésions trophiques des organes génitaux, fibromes, tuberculose, kystes, nous nous sommes attachés à n'étudier que les lésions annexielles pouvant se rapporter à l'appendicite, et nous nous voyons en droit de conclure que l'appendicite, chez la jeune fille, chez la femme, est non seulement grave par son évolution propre, mais encore par le danger toujours possible et imprévisible de lésion du côté des organes génitaux, que cette maladie est plus grave dans ses conséquences chez la femme que chez l'homme, malgré la fréquence plus grande des accidents appendiculaires bruyants, de la péritonite diffuse chez ce dernier.

TRAITEMENT

Le traitement dans le cas d'appendicite avec lésions des organes génitaux peut être préventif, toutes les fois qu'une appendicite dûment diagnostiquée chez une jeune fille ou chez une femme sera opérée dès la première crise.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une appendicite avec

lésions annexielles constituées, les indications du traitement dépendent de ces deux ordres de lésions.

Si la lésion annexielle commande l'intervention, la lésion appendiculaire la commandera à plus forte raison, mais tandis qu'une salpingite simple peut autoriser le traitement d'abord curatif, pansements vaginaux, dilatation utérine, tous traitements qu'on est en droit d'essayer avant de proposer l'extirpation, au contraire l'appendicite réclame l'intervention la plus rapide possible, de façon à éviter la propagation de l'infection de la trompe droite à la gauche.

Et nous nous-croyons autorisés à dire que l'ablation de l'appendice malade chez une femme ne saurait être trop précoce. Car la présence de cette affection dans la cavité abdominale de la femme l'expose à des lésions trop graves pour ne pas justifier cette intervention.

Et nous ne saurions mieux faire que de rapporter les conclusions indiquées par Newman dans son article *Appendicite* au point de vue du gynécologiste. Que l'abdomen doit toujours être examiné dans tous les cas d'affections du petit bassin, et vice versa. Tout trouble fonctionnel du petit bassin doit produire un trouble dans les organes abdominaux voisins.

A l'ouverture de l'abdomen pour affection des organes génitaux, on doit toujours examiner l'appendice.

Si l'appendice est enflammé, adhérent ou maintenu par des adhérences, il doit être enlevé.

Il n'est pas suffisant de libérer d'adhérences un appendice.

Nous ajouterons que toutes les fois que l'on aura à intervenir chez une femme par une laparotomie, il est utile d'extirper l'appendice.

Enfin, dans le traitement chirurgical des affections utéro-annexielles chez la femme, la voie abdominale nous paraît être la voie de choix, car elle permet de se rendre un compte exact des lésions, et ne risque pas de laisser échapper une appendicite méconnue, qui pourrait être très dangereuse dans les conséquences ultérieures.

RAPPORTS DE L'APPENDICITE ET DE LA GROSSESSE

Pour compléter l'étude des rapports de l'appendicite avec les organes génitaux de la femme, il nous faut encore étudier l'appendicite chez la femme enceinte, pendant l'accouchement et le post partum. C'est ce que nous nous sommes proposés de faire dans ce chapitre.

HISTORIQUE

Les chirurgiens et les accoucheurs américains et anglais, Stempson (1890), Mixter (1891), Wiggin (1892), Mundi (1894), Harriison (1895), Max (1896), Penrose (1896), Abrahams (1897), ont été les premiers à publier des observations concernant l'apparition d'appendicites au cours de grossesses. Après eux des médecins français, Vinay (de Lyon), Legendre, Maygrier, ont publié en peu de temps un certain nombre d'observations isolées, mais c'est à M. le professeur Pinard, dans sa communication à l'Académie de médecine de mars 1898, que l'on doit en France le premier travail d'ensemble et surtout des indications très nettes et très précises, concernant le traitement des appendicites au cours de la grossesse. Ces travaux ont été repris ensuite par Marx en Amérique, Frenkel en Allemagne, Bouvret, Iarca, Pérès, Bouillon, Bapteste, Fieux, Hergott, en France, Semb en Hollande, etc.

Tous sont unanimes à reconnaître la gravité des accidents

appendiculaires au cours de la grossesse, la nécessité de pouvoir fixer son diagnostic de très bonne heure, afin de pouvoir intervenir rapidement.

ÉTIOLOGIE

Les statistiques ne permettent pas encore aujourd'hui d'établir un pourcentage de cette maladie au cours de la grossesse.

Cependant le nombre des observations est assez grand pour nous permettre d'étudier les rapports de l'appendicite avec l'état général, de voir comment cette maladie est influencée par l'évolution de la grossesse, et comment elle réagit sur l'évolution de cette dernière.

L'appendicite peut apparaître à n'importe quel moment de la grossesse, elle peut apparaître dès les premiers mois, dès les premières semaines, comme elle a pu parfois apparaître quelques jours après la délivrance.

Il faut constater cependant que les crises du début de la grossesse peuvent souvent être rattachées à l'existence d'une appendicite ancienne, qui s'était révélée par des crises antérieures.

Les crises qui arrivent dans la seconde partie de la grossesse sont en général des premières crises, mais ceci n'a rien d'absolu, attendu que l'on a vu des femmes ayant eu une ou plusieurs crises d'appendicite avant toute grossesse mettre au monde trois, quatre enfants vivants bien portants, et succomber à une péritonite généralisée, d'origine appendiculaire, au cours d'une cinquième grossesse.

M. le professeur Pinard a émis l'hypothèse que la grossesse « prédisposait à l'appendicite » ; M. le professeur Dieulafoy, « que l'appendicite était favorisée par la grossesse », en effet, l'appendicite étant, d'après la définition qu'en donne Vinay, « une infection par le coli devenu virulent ; infection

qui est véritablement cause de l'appendicite et qui relève, soit d'une entérite du gros intestin, soit d'une torsion de l'appendice, soit de la présence d'un corps étranger ».

Il est facile d'admettre l'influence que peut avoir la grossesse sur l'évolution d'une appendicite.

En effet, l'organisme maternel doit subvenir non seulement à son propre entretien, mais encore aux besoins du jeune organisme qui croît à ses dépens. La situation anatomique de l'appendice fixé avec le cæcum contre la paroi postérieure de l'abdomen sera plus que jamais en contact avec les organes génitaux hypertrophiés par la grossesse. L'augmentation de fatigue de la femme, la diminution des moyens de défense, les troubles de la circulation dus à la présence dans la cavité abdominale de la tumeur fœtale, sont autant de facteurs qui favoriseront l'évolution d'une inflammation de l'appendice.

Si l'appendicite existait avant la grossesse à l'état refroidi, l'évolution de celle-ci pourra réveiller cette appendicite, et Tuffier a même cité un cas où il y eut une poussée inflammatoire au cours de 5 grossesses successives chez la même femme.

Il est très vraisemblable que chez une femme ayant déjà eu des crises d'appendicite répétées, ayant donné naissance à des adhérences de l'appendice à l'intestin, aux organes génitaux, à la paroi abdominale, au cours de l'évolution d'une grossesse, dès les premiers mois, l'utérus en augmentant de volume va tirailler ces adhérences, provoquer de la douleur, et pourra réveiller une infection mal éteinte.

Si l'appendicite antérieure à la grossesse a évolué comme appendicite catarrhale simple, sans formation de néo-membranes, l'appendice déjà taré sera plus facilement infecté à nouveau par un coli dont la virulence pourra être exaltée du fait de la constipation habituelle de la femme, du fait de la stase sanguine dans tout le bas-ventre, mais dans ce cas les accidents n'apparaîtront guère qu'au moment où l'utérus aura

acquis un développement suffisant pour pouvoir agir comme corps étranger, c'est-à-dire à partir du cinquième mois environ.

Les appendicites post partum pourront peut-être s'expliquer, toujours dans l'hypothèse d'adhérences appendiculogénitales, de la façon suivante : Les adhérences lâches se sont laissées distendre par l'évolution de la grossesse, mais à la faveur de l'épuisement du travail, diminuant encore les moyens de défense de la mère, à la suite des contractions répétées de l'utérus tiraillant les adhérences, l'involution rapide de l'utérus après l'accouchement pourra déchirer ces adhérences, établir une solution de continuité dans la séreuse et même dans la muqueuse de l'appendice, et déterminer de la sorte l'apparition de l'appendicite.

Mais si la grossesse a une influence manifeste sur l'évolution et la gravité d'une appendicite intercurrente, combien plus grand encore pourra être le retentissement de l'appendicite sur le cours de la grossesse elle-même !

Aux premiers mois de la grossesse, alors que les moyens de fixité de l'œuf sur les parois utérines sont encore très faibles, ainsi que la vitalité de l'embryon, l'apparition d'une inflammation de l'appendice pourra retentir sur la grossesse à la façon des maladies infectieuses en provoquant l'avortement.

Plus tard, quand l'utérus plus développé aura hypertrophié son réseau lymphatique, une suppuration péri-appendiculaire pourra donner naissance à une infection, soit péritonéale généralisée, soit même utérine ; elle pourra même aller jusqu'à l'infection de l'œuf, Wallich ayant trouvé dans le sang du cordon ombilical d'un fœtus de 7 mois, expulsé par une femme atteinte d'appendicite, du coli à l'état pur.

FORMES CLINIQUES, ANATOMIQUES

Les formes anatomiques de l'appendicite au cours de la grossesse sont les mêmes que celles de l'appendicite évoluant isolément.

Ce sont : l'appendicite catarrhale ;

L'appendicite avec péritonite plastique ;

L'appendicite avec péritonite suppurée circonscrite ;

L'appendicite avec perforation et péritonite septique diffuse.

Cependant il semble, d'après les observations publiées jusqu'à ce jour, que l'appendicite au cours de la grossesse se révèle de préférence par ces deux dernières formes, formes suppuratives à suppuration circonscrite ou diffuse.

SYMPTOMES

Le début, souvent brusque, prend la femme en pleine santé par une douleur violente dans tout le ventre avec un maximum dans la fosse iliaque droite ; bientôt apparaissent des vomissements. La femme est obligée de se coucher dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur l'abdomen, immobilisées par la douleur ; le facies est grippé, la langue saburrale ; le ventre d'abord déprimé se ballonne, est extrêmement douloureux au palper, qui permet de reconnaître l'existence d'un gâteau induré en avant de l'appendice ; la température s'élève à 39°, 40°, tandis que le pouls devient rapide et petit. Bref, dans les cas typiques, la malade présente tous les symptômes d'une péritonite généralisée, mais ces formes bruyantes sont rares et beaucoup plus souvent on a affaire à des formes insidieuses sans grands symptômes.

Le début, au lieu d'être brusque, peut, au contraire, évoluer

lentement et la douleur n'atteindre son maximum qu'au bout de 6, 12 heures et quelquefois plus.

Le début peut encore rappeler le tableau d'une simple indigestion.

Les grands signes de la triade appendiculaire de Dieulafoy, douleur localisée au point de Mac Burney, hyperesthésie cutanée, défense musculaire, peuvent ou manquer en partie, ou même faire complètement défaut.

La douleur, au lieu d'être localisée au point d'élection, peut être diffuse par tout le ventre, ou encore localisée, soit sur le globe utérin, forme fréquente, soit à l'épigastre, soit dans la région hépatique, cependant un examen minutieux pourra ordinairement permettre de reconnaître un maximum de douleur, sinon exactement au niveau de l'insertion cæcale de l'appendice, du moins dans la fosse iliaque droite.

L'hyperesthésie cutanée n'est pas signalée dans la plupart des observations, peut-être peut-on expliquer l'absence de ce signe par les troubles apportés à la structure de la paroi abdominale par le développement de la grossesse.

La défense musculaire, ordinairement perceptible dans les crises d'appendicite du début de la grossesse, devient un signe infidèle vers les derniers mois.

La température également est sujette à des variations considérables; elle peut être élevée sans atteindre ordinairement 40 degrés; elle peut, au contraire, faire défaut ou simplement atteindre les températures de 37°, 8, 38 degrés.

Le pouls est peut-être un des signes les moins variables, et bien que les pulsations ne soient pas extrêmement accélérées, elles se maintiennent ordinairement au-dessus de 100 degrés.

Le facies lui-même peut dans certains cas induire en erreur, et M. Segond rapporte dans une observation avec M. Baudron l'histoire de cette femme chez qui ils ont assisté à l'évolution d'une appendicite à issue fatale sans que le facies ait jamais présenté d'aspect péritonéal.

La constipation, de règle habituellement, peut cependant

manquer au début de la crise : on l'a même vue faire totalement défaut même dans des crises nettement définies. Le ballonnement du ventre n'est pas constant, et le gâteau appendiculaire manque souvent.

Enfin, il est un syndrome qui a permis, malgré l'absence de signes nettement objectifs, à M. Baudron d'établir son diagnostic et de décider une intervention chez une femme qui n'avait que des malaises.

« M. Baudron, se guidant uniquement sur le météorisme, sur la tendance à la constipation, sur l'état saburral de la langue, sur la légère élévation de température et sur l'existence d'une douleur vague au niveau du point appendiculaire, fut cependant d'avis qu'une intervention allait s'imposer à bref délai. »

FORMES CLINIQUES

Aux formes anatomiques de l'appendicite correspondent dans leurs rapports avec la grossesse des formes cliniques. Nous nous attacherons à décrire ces formes en leur opposant la symptomatologie des affections gravidiques pouvant prêter avec elles à confusion, et qu'il est nécessaire de bien connaître pour pouvoir juger de l'opportunité des premiers traitements.

Aux deux formes anatomiques, appendicite catarrhale, appendicite exsudative sans suppuration, correspondra une seule variété de symptômes. Si la malade a présenté avant l'apparition de la grossesse des attaques certaines d'appendicite, l'esprit prévenu de la possibilité d'une recrudescence de cette affection, le diagnostic sera ordinairement facile. Mais si l'on se trouve en présence d'une femme prise dans les premiers mois de sa grossesse d'une douleur à début brusque apparue quelques heures après un repas, douleur mal localisée, accompagnée de vomissements avec ou sans élévation de température, avec constipation ou diarrhée, on

pourra se demander si l'on a affaire à une appendicite du début de la grossesse, à une forte indigestion, à des coliques hépatiques si fréquentes, à une menace d'avortement, à une grossesse tubaire en train d'évoluer.

Lorsque les signes seront évidents, lorsque la malade présentera des symptômes classiques de l'appendicite, ordinairement le diagnostic sera facile, les coliques de l'indigestion disparaîtront en quelques heures, et la douleur ne saurait être nettement localisée. Si la douleur, au lieu d'être au niveau du point de M. B, est située plus haut sous le foie, si les vomissements qui accompagnent l'appendicite sont prononcés, la constipation opiniâtre, le diagnostic d'avec la colique hépatique sera souvent difficile. surtout si l'appendicite évolue sans fièvre. Cependant dans la colique hépatique le point douloureux sera plus élevé que dans l'appendicite, sera nettement au niveau de la vésicule ou sur le trajet du cholédoque, la teinte subictérique des sclérotiques sera plus accusée, les urines contiendront les pigments biliaires ou tout au moins de l'urobiline, signes de rétention biliaire ; la température, le pouls, resteront généralement normaux.

Dans la menace d'avortement, l'état des organes génitaux servira à éclairer le diagnostic d'avortement, mais c'est surtout dans ces cas d'avortement sans cause apparente qu'il est nécessaire de se rendre compte si cet avortement n'est pas dû à une appendicite, rechercher avec soin tous les signes de cette affection pour pouvoir instituer un traitement aussi rapidement que possible.

Le diagnostic d'avec la grossesse ectopique en train d'évoluer est plus difficile encore, surtout si cette grossesse évolue dans la trompe droite : le toucher fera percevoir une tumeur, les signes objectifs de la grossesse existeront, mais l'augmentation de volume de l'utérus fera défaut, les règles seront conservées, bien que troublées dans leur régularité et dans leur quantité ; les tubercules de Montgomery apparaîtront aux seins et la douleur existera à droite, mais il n'y

aura pas d'élévation de température, pas ou fort peu de défense de la paroi, et le toucher vaginal permettra de reconnaître l'existence d'une tumeur annexielle du côté droit.

Il faudra distinguer les appendicites de la troisième catégorie, appendicites qui pourront se révéler par les symptômes précédents auxquels seront venu s'ajouter les signes de supurations, d'avec l'évolution d'une salpingite, avec les vomissements incoercibles. Ici la confusion sera facilement évitée en se souvenant que les douleurs des vomissements incoercibles sont toujours au niveau des insertions costales du diaphragme et qu'elles n'apparaissent, ni avant ni en même temps que les vomissements, mais toujours après. La température ordinairement élevée dans l'appendicite reste longtemps normale dans les vomissements; le pouls s'élevant au début d'une crise d'appendicite ne s'élève dans les vomissements que vers le début de la seconde période.

La quatrième forme anatomique de l'appendicite, la forme à péritonite septique suraiguë, à forme bruyante, peut être confondue avec une inondation péritonéale par rupture d'une grossesse tubaire. La laparotomie, qui s'impose dans les deux cas, rend ici l'erreur de diagnostic de peu d'importance.

Mais ce qu'il est nécessaire d'avoir toujours présent à l'esprit, c'est la possibilité de l'appendicite au cours de la grossesse, c'est surtout la possibilité de cette période appelée par Dieulafoy l'accalmie traîtresse, contre laquelle il faut toujours être en garde. Si l'on se trouve en présence d'une femme ayant eu des troubles douloureux, mal définis, avec douleurs abdominales vagues, nausées ou vomissements, la toux calmée, mais qui continue néanmoins tout en conservant une santé d'apparence bonne, à faire une température insignifiante 37°6 — 37°8, et dont le pouls se maintient à 100 et au-dessus, tout est à craindre et l'on sera autorisé, malgré le manque de signes objectifs à soupçonner une appendicite et à proposer une intervention.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'appendicite déjà grave chez la femme comme nous l'avons vu précédemment, s'aggrave encore davantage chez la femme enceinte et cela quelle que soit la forme clinique à laquelle on puisse la rattacher. Iarca rapporte dans sa thèse une statistique de 54,7 pour 100 de mortalité pour les femmes et 51,7 pour 100 de mortalité pour les enfants nés à terme ou près du terme.

Elle est grave et par son évolution et par ses conséquences pour la mère et pour l'enfant. Dans son évolution une forme qui aurait pu être relativement bénigne sera aggravée par l'évolution de la grossesse, car ordinairement le premier foyer inflammatoire au lieu d'être arrêté dès son début et réduit à une simple crise appendiculaire, par les moyens de défenses ordinaires de l'organisme, leucocytose, limitation du foyer par production de fausses membranes, traumatisé par l'évolution de l'utérus, congestionné par la congestion des organes du petit bassin, évoluera vers la suppuration, produira une collection purulente au voisinage de l'utérus, souvent en contact direct avec ce dernier. Lorsqu'au moment de l'accouchement, les contractions, tiraillant sur les adhérences, comprimant le foyer purulent, pourront donner naissance à une péritonite septique généralisée qui enlèvera la malade. Ceci pour les appendicites faisant leur apparition au cours de la grossesse. Pour les appendicites chroniques anciennes, le danger ne sera pas moindre, leur ancien foyer refroidi sera facilement traumatisé, réveillé par l'évolution de la grossesse et le danger sera le même.

Si l'accident éclate au moment de l'accouchement, l'épuisement de la parturiente, la blessure utérine si facile à contaminer ne manquera pas de s'infecter, et ajoutera à la péritonite déjà si dangereuse par elle-même le danger de

l'infection utérine. Dans le post-partum le danger sera analogue, et bien rares sont les cas où l'on a vu des crises appendiculaires apparaître et se refroidir au cours de la grossesse, et quand bien même ces affections n'auraient pas donné naissance à des accidents graves dès les premières grossesses, l'appendicite et la péritonite n'en menacent pas moins la malade, et l'on peut dire qu'une femme dans ces conditions est exposée à la mort à chacune de ses grossesses.

Pour la mère le pronostic est grave par les menaces d'infection qu'il comporte, infection si dangereuse au moment de l'état gravide. L'enfant voit ses jours menacés dans presque tous les cas, et il n'y a qu'une intervention très précoce qui a pu sauver l'enfant, et permettre à la grossesse, malgré l'intervention, à suivre son cours.

On a cependant pu assister à l'évolution d'appendicites traitées médicalement qui ont guéri, mais dans ces cas les enfants sont nés vivants, mais morts au bout de quelques jours par infection ou intoxication intra-utérine et les quelques sujets dont on a rapporté les observations nés vivants, sont nés chétifs et ont toujours souffert des troubles apportés dans leur nutrition dans le sein maternel par l'appendicite.

TRAITEMENT

Il nous a paru avec le professeur Pinard, avec le professeur Dieulafoy, qu'au cours de la grossesse plus que n'importe quand, le traitement chirurgical est le traitement de choix, non pas le traitement chirurgical consistant dans l'expectation armée, mais le traitement le plus rapide, le plus précoce.

Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.

En opérant toujours, et le plus tôt possible, les femmes

atteintes d'appendicite à manifestation localisée guériront de leur appendicite et mèneront à terme dans la plupart des cas leur grossesse.

Les femmes atteintes d'appendicite à manifestation grave avorteront toujours, mais guériront le plus souvent.

Le professeur Pinard a même été jusqu'à conseiller l'ablation de l'appendice malade comme opération prophylactique, chez la jeune fille, chez la jeune femme susceptible de devenir enceinte.

Quel sera le mode d'intervention le meilleur, on ne saurait donner de règle-bien définie, mais il nous semble que l'incision et le drainage d'un foyer péri-appendiculaire n'est pas suffisant, qu'il y a nécessité à aller à la recherche et à réséquer toujours l'appendice malade, source de l'infection, la contre-ouverture pratiquée par Segond dans l'observation n° XXXV nous paraît très utile quand on intervient chez une femme à une époque déjà avancée de la grossesse.

Dans le post-partum, quand après la laparotomie on n'a pu complètement vider le pus collecté dans le petit bassin et qu'une collection purulente bombe dans le cul-de-sac postérieur du vagin, la méthode transpérinéale employée par Lagoutte dans l'observation XXVI nous paraît un procédé utile permettant d'ouvrir par le bas une collection pelvienne sans risquer d'infecter l'utérus non encore cicatrisé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. SOUPAULT. — *Société médicale des Hôpitaux.*

(Séance du 27 nov. 1903.)

Mlle B..., vingt-deux ans, journalière. Depuis cinq ans alternatives de diarrhée et de constipation, présence presque continue dans les selles de muco-membranes nacrées et brillantes, soit entourant les scybales, soit isolées et flottant dans l'eau des lavements. De temps en temps, depuis une fausse couche faite il y a six mois, elle a des débâcles de paquets de membranes et de glaires sans matières.

Les règles depuis deux ans sont pénibles, des douleurs se déclarant quelques jours avant leur apparition, du côté droit, et s'accompagnent de nausées et de vomissements ainsi que d'un peu de diarrhée; l'écoulement des règles atténue ces symptômes; pendant l'intervalle des époques la malade ressent quelques coliques et un peu de gêne dans tout l'abdomen, mais la fosse iliaque n'est pas douloureuse. Nous avons vu la malade pendant ses règles et dans l'intervalle de ses règles et nous avons pu reconnaître que la sensibilité de la région de Mac Burney était bien différente à ces deux périodes.

Chez cette malade on a fait la résection de l'appendice à froid. On l'a trouvé petit, rétracté, en tire-bouchon, revêtu d'adhérences; à l'intérieur se trouvaient plusieurs calculs stercoraux.

Depuis son opération, l'état de la malade est très bon : les fonctions intestinales se font bien, il n'y a plus de peaux et les règles (revenues à quatre reprises) ne sont plus du tout douloureuses.

OBSERVATION II

M. SOUPAULT. — *Société médicale des Hôpitaux.*

(Séance du 27 nov. 1905.)

Mme M..., vingt-sept ans, bien portante jusqu'à son mariage, fait une fausse couche six mois après. Cependant elle reste bien réglée sans douleurs pendant un an. A ce moment elle a pendant quelques jours des vomissements alimentaires simulant une indigestion avec des douleurs dans le ventre, mais elle n'en peut préciser exactement le siège. Quatre mois après elle ressent au moment des règles des douleurs vives à droite coïncidant avec de nouveaux phénomènes d'indigestion. Depuis le 1^{er} novembre 1902, tous les mois, quatre à six jours avant l'époque des règles, elle a des douleurs d'abord dans la fosse iliaque droite, puis se répandant dans une grande partie du ventre. Les douleurs à droite sont bien plus fortes et sont lancinantes ; souvent elles s'accompagnent de vomissements alimentaires, quelquefois bilieux. Ces douleurs s'amendent à la fin des règles.

D'ordinaire la constipation est très marquée : les matières sont ovillées, très dures ; les selles contiennent des glaires et de longs filaments analogues à du blanc d'œuf cuit.

La malade est opérée à Bichat après une crise plus violente que les autres. L'appendice est petit : sur son trajet siègent de nombreux rétrécissements. On trouve à son extrémité du pus : il est entouré de quelques fausses membranes péritonéales.

Depuis l'opération les crises douloureuses pseudo-mensuelles ont disparu. Constipation toujours opiniâtre, mais on

ne constate plus ni peaux ni glaires dans les selles. Les vomissements n'ont plus reparu.

Après quatre mois, l'état général est redevenu très bon, l'état intestinal est bien meilleur, les règles se passent sans aucune douleur et très normalement.

OBSERVATION III

M. SOUPAULT. — *Société médicale des Hôpitaux.*

(Séance du 27 nov. 1905.)

Mlle L..., domestique, vingt-sept ans. Réglée tard, à dix-huit ans, aucune maladie à signaler jusqu'à vingt et un ans. A ce moment, sous l'influence de fatigues et de contrariétés, apparition de phénomènes de dyspepsie asthéniques. En 1900, troubles dans l'apparition des époques, retards de dix et quinze jours, douleurs et vomissements au moment des règles, mais elle ne peut préciser le siège de ces douleurs. Depuis deux ans, elle a remarqué de l'entérocélite muco-membraneuse avec alternatives de diarrhée et de constipation. Un peu avant les règles la constipation augmente, mais pendant ses règles elle a de la diarrhée.

Depuis les six derniers mois elle a dû se coucher deux jours avant l'apparition des règles, tellement elle souffre du ventre : elle est ballonnée, ne peut souffrir la pression de son corset et de ses vêtements, surtout du côté droit auquel, dit-elle, elle ne peut même toucher.

Pendant les règles la pression de la fosse iliaque ne peut être supportée : elle a de l'embarras gastrique. La température rectale est de 38°2, la malade est extrêmement fatiguée. Tout phénomène morbide disparaît dès que l'écoulement menstruel a cessé. Dans l'intervalle des règles, la malade ne souffre jamais du côté.

Quand on lui a parlé de la possibilité d'une appendicite pro-

bable et qu'on lui a conseillé l'opération, la malade n'a pas reparu à l'hôpital.

OBSERVATION IV

M. SOUPAULT. — *Société médicale des Hôpitaux.*

(Séance du 27 nov. 1905.)

Mlle M..., vingt et un ans, institutrice. Jeune fille délicate et chétive vient trouver l'un de nous en juillet dernier pour des troubles dyspeptiques, gastriques et intestinaux. Elle est amaigrie, pâle, extrêmement nerveuse et fatiguée. On la croirait volontiers atteinte de tuberculose pulmonaire et pourtant l'auscultation ne révèle aucune lésion du poumon. Les troubles digestifs presque constants consistent surtout en alternatives de diarrhée et de constipation : il y a de plus de l'anorexie et des aigreurs après les repas. Elle nous raconte qu'elle est fort mal réglée, que la plupart du temps ses époques ne viennent pas et que lorsqu'elles viennent elles sont douloureuses, sans pouvoir définir nettement ces douleurs ; cependant aux dernières règles elle a eu des douleurs dans la fosse iliaque droite, très vives, l'ayant obligée de se coucher et ayant déterminé de la diarrhée et des vomissements ; elle ne sait si elle a eu de la fièvre. D'autres crises semblables étaient survenues à cinq reprises différentes plus ou moins loin des règles, ne durant qu'un ou deux jours et plus ou moins bien caractérisées. Sous l'influence du régime et du traitement intestinal, tout rentra dans l'ordre jusqu'au mois de novembre 1905. Ses règles s'étaient bien passées pendant trois mois. Mais les règles de novembre furent annoncées par de la diarrhée avec coliques survenue la veille et des vomissements qui durèrent deux jours après l'écoulement du sang. A l'examen de la malade : douleur dans la fosse iliaque droite un peu bas vers la région de l'ovaire, température rectale 39 degrés, pouls à 104. Constatacion de vomissements nettement porracés.

L'appendicite était donc indiscutable. D'ailleurs sa durée dépassa notablement l'écoulement de sang qui disparut très vite au bout de deux jours; la malade est encore couchée à l'heure actuelle, quinze jours après le début des accidents. Je me propose de la faire opérer après sa convalescence.

M. Soupault a bien voulu nous donner la fin de l'observation N° IV.

Cette malade fut opérée depuis par M. Bazy. A l'incision on tombe sur un abcès gros comme une noix fixé par des adhérences, on décolle ces adhérences avec précaution, on recherche l'appendice qu'on ne trouve pas, enfin on arrive sur une petite perforation entourée de membranes de péritonite plastique résistante et communiquant avec ce petit abcès.

L'appendice était probablement resorbé.

Les suites de l'intervention furent normales.

Les règles réapparurent sans douleurs.

L'intestin fonctionne bien.

OBSERVATION V

M. SOUPAULT. — *Société médicale des Hôpitaux.*

(Séance du 27 nov. 1905.)

Mlle S..., treize ans, réglée il y a 2 mois pour la première fois. A ce moment phénomènes bruyants : douleur, abattement, fièvre vive, nausée, vomissement, diarrhée. On s'alarme, mais les premières règles apparaissent : tout s'amende et on attribue cette alerte au travail résultant de l'établissement des règles. L'époque suivante est marquée par des douleurs vives à droite, un peu de diarrhée, de l'inappétence : mais comme la première fois les phénomènes s'amendent après l'écoulement de sang. Enfin à la troisième crise survenue au mois de juillet 1905, au moment où la mère attendait l'arrivée des règles, il se déclare très rapidement un état des plus graves. Une douleur extrêmement vive ouvre la scène et est

bientôt suivie de diarrhée et de vomissements répétés, alimentaires d'abord, puis verdâtres, bilieux. A l'examen le ventre est tendu, dur ; palpation impossible surtout à droite, état général grave, dépression, nez pincé, yeux cernés, facies péritonique, langue sèche et rapeuse. Température 50 degrés. Pouls extrêmement rapide presque incomptable. A force d'insister, les parents acceptent l'opération qui est pratiquée par Broca seulement cinq jours après le début des accidents.

On trouve à l'ouverture du ventre un abcès assez volumineux entourant l'appendice, et communiquant avec un second foyer purulent par un trajet étroit. Quinze jours après l'opération, guérison. Depuis ce temps la petite malade est bien réglée et ne souffre plus.

OBSERVATION VI

M. SOUPAULT. — *Société médicale des Hôpitaux.*

(Séance du 27 nov. 1905.)

Mlle R..., dix-neuf ans, couturière, d'une apparence robuste, très bien portante jusqu'à il y a un an. Bien réglée à treize ans, a eu à l'âge de quinze ans une fièvre typhoïde. Depuis un an, elle est sujette à de l'entérite muco-membraneuse avec constipation, mais sans grande douleur : c'est sa mère qui, en surveillant ses selles, s'en est aperçue ; elle a assez bon appétit et ne souffre pas de ses digestions. Il y a un an, elle eut deux jours avant ses règles une crise abdominale douloureuse avec point de côté à droite, vomissements verdâtres, diarrhée, fièvre, le tout ayant duré quarante-huit heures. Ses règles apparurent le lendemain et tous les phénomènes s'amendèrent brusquement. La malade resta couchée sans éprouver aucun malaise tout le temps de ses règles, et se remit tout à fait. Dans l'intervalle de ses époques sa santé était bonne, et notamment le tube digestif fonctionnait d'une

façon satisfaisante. A trois reprises, ses règles s'établirent douloureusement, avec coliques assez fortes du côté droit, mais sans phénomènes digestifs. Au mois de septembre dernier, une grande crise analogue à la première se montra. Je fus appelé à l'observer : elle présentait une température de 39 degrés, qui dura deux jours, des vomissements bilieux et des nausées ; il y eut aussi 1 ou 2 jours de diarrhée. Localement, la douleur à la pression de la fosse iliaque droite était très nette, mais très bas située, presque au niveau de l'aîne. Tous les phénomènes s'amendèrent au moment de l'écoulement du sang, puis disparurent graduellement : les règles évoluèrent normalement. Je maintins la malade au lit pendant vingt jours, puis elle fut opérée à froid par le Dr Michon. On trouva un appendice assez gros, entouré de quelques fausses membranes, et qui présentait à sa partie inférieure un renflement contenant une petite quantité de pus très odorant. Depuis son opération, la malade ne se plaint d'aucun trouble menstruel. Son entérite a disparu du même coup.

OBSERVATION VII (personnelle).

Service du Dr ROUTIER.

Suzanne L., 19 ans. Entrée salle Foucher, le 6 février. Sortie le 4 mars 1904.

Jeune fille vierge, pas de maladies dans l'enfance, grosse anémique.

Réglée à 18 ans, a vu ses règles une seule fois sans douleur.

Le 20 décembre 1903, la malade est prise d'une crise de douleur abdominale avec vomissements diagnostiquée crise d'appendicite par son médecin, la crise a duré trois jours coïncidant à des règles abondantes et très douloureuses.

Le 18 janvier, nouvelle crise plus forte que la première, avec vomissements, constipation, les règles très douloureuses

également apparaissent avec la crise, durée de la crise 15 jours.

Le 6 février à l'examen du ventre, le ventre est souple, légère douleur provoquée par la pression au point de Mac Burney, sensation à la palpation d'une masse rénitente.

Le 9 février. Opération.

Laparotomie sur le bord droit, masse épiploïque adhérente à l'appendice, masse de mastic vitreux.

Résection de l'épiploon et de l'appendice.

Le cæcum saigne très fort, mèche à suture en un plan avec fil de bronze. Drainage.

L'appendice contient du pus.

Le 12 février. Ablation de la mèche et du drain.

Le 18 février. Ablation des fils, un point est dissocié sans suppuration.

La malade a dans le service ses règles, sans aucune douleur.

La malade, revue le 11 juin 1904, a eu ses règles du 50 mars au 6 avril, sans aucune douleur, n'a pas encore revu depuis.

Teint très bon, la malade a engraisé. La constipation, autrefois habituelle, a complètement disparu.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Service du D^r Routier.

Gabrielle C., doreuse, âgée de 18 ans. Entrée à l'hôpital Necker (Service du D^r Routier) le 11 mai 1904.

Jeune fille vierge, pâle, légèrement anémique, ne présente pas d'antécédent héréditaire.

Toujours bien portante, anémique vers l'âge de 15 ans.

Réglée à 15 ans, bien réglée, les règles durent 4 jours, s'annoncent par des maux de tête, fortes coliques le premier jour, ensuite écoulement normal abondant, quelques caillots.

Première crise d'appendicite en 1902, au mois d'avril la malade a été prise dans le courant de la nuit, d'une douleur

très vive, lancinante dans le côté droit du ventre, pas de vomissements, peu constipée. La crise passe au bout d'une dizaine de jours.

Elle a vécu deux ans sans se ressentir de cette première crise, mais au mois d'avril dernier, le 12 avril, à la suite d'une promenade à pied un peu longue, dans le courant de la nuit, quelques heures après son repas, la malade est reprise de douleurs, lancinantes, dans le côté droit quelques jours avant l'apparition de ses règles, vomissements pendant 4 jours, la malade va à la selle sans douleur. Les règles sont plus abondantes, coliques durant les deux premiers jours, durée de la crise un mois.

Dans le service la malade revoit ses règles, coliques menstruelles violentes, pertes abondantes, durée 4 jours, la douleur au point de M. B. persiste toujours et la malade est opérée le 19 mai.

Deux jours après l'intervention écoulement sanguin par le vagin, peu abondant rose clair sans douleurs, quelques petites coliques insignifiantes, le 8 juin les pertes s'accroissent, on est à l'époque première des règles et l'écoulement se fait sans douleur.

La malade, dont nous avons eu des nouvelles tout dernièrement, a vu l'écoulement sanguin s'arrêter le 10 juin.

Depuis les règles n'ont pas reparu. La malade les attend vers le 8 juillet.

OBSERVATION IX (personnelle).

Service du D^r ROUTIER.

Mlle Jeanne P., professeur de musique, âgée de 25 ans. Entrée dans le service du D^r Routier le 50 mai 1904.

Jeune fille vierge, sans antécédents héréditaires.

N'a jamais été malade dans l'enfance, réglée à 12 ans, depuis bien réglée, très régulièrement les règles durent une moyenne de 5 jours.

Jusqu'à l'âge de 19 ans fut très bien portante, les règles très légèrement douloureuses venaient toujours très régulièrement.

Il y a deux ans, vers 4 heures de l'après-midi, pendant une conversation la malade fut prise de douleurs dans le ventre, du côté droit, nausées sans vomissements, diarrhée, deux jours après apparition des règles très douloureuses qui durèrent plus longtemps que d'habitude.

La malade reste alitée pendant 15 jours, puis s'est levée.

Depuis cette époque elle dit avoir toujours souffert beaucoup au moment de ses règles, mais peut néanmoins vaquer à ses occupations malgré les douleurs continuelles dans le ventre.

Depuis cette époque la malade a de l'entérite muco-membraneuse, elle va à la selle 4 et 5 fois par jour rejetant des débris de muqueuse parfois longs de trois quarts de mètre.

Au bout de 6 mois, nouvelle crise douloureuse qui l'oblige à se coucher, ces crises réapparaissent ensuite avec chaque menstrue.

Elle ne peut plus vaquer à ses occupations, elle peut travailler à peine pendant 15 jours pour être obligée de s'arrêter un laps de temps à peu près égal.

En octobre-décembre 1903 les crises sont plus fortes encore: en mars 1904, nouvelle crise plus intense encore.

La dernière crise a pris la malade le 19 mars.

Le 20 mars la malade prend une purgation à l'huile de ricin (1 cuiller à café), elle reste au lit jusqu'à midi, elle fut obligée de se lever et, à trois heures et demie, elle mange deux cuillerées de pomme de terre, vers quatre heures et demie elle est prise de vomissements et est obligée de se coucher.

4 jours après cet incident elle est obligée de se lever pendant 4 heures, elle souffrait énormément et fut obligée de se recoucher, elle est restée au lit pendant un mois, puis elle vient à Paris où elle est adressée au Dr Routier, chirurgien

de l'Institution des Jeunes Aveugles, qui, diagnostiquant une appendicite, lui fait l'ablation de cet organe.

Les suites de l'opération furent parfaites.

OBSERVATION X (personnelle).

Service du D^r ROUTIER.

Mme Mathilde M..., femme de chambre, âgée de 22 ans, entrée salle Foucher, dans le service du D^r Routier le 18 mars 1904.

La malade avait toujours été bien portante. Elle fut réglée à 12 ans, depuis bien réglée sans aucune douleur jusqu'à l'âge de 16 ans 1/2, elle dit avoir travaillé pendant ses règles absolument comme si elle n'avait rien eu.

A 16 ans 1/2, en avril 1898, la malade est prise de douleurs dans le ventre à droite, douleurs ayant débuté tout d'un coup dans la nuit. Le lendemain matin vomissements, constipation opiniâtre, elle entre à l'hôpital Beaujon où elle est soignée pour appendicite (diète, glace), elle y reste 15 jours. Quelques jours après son entrée à l'hôpital les règles apparaissent très douloureuses et très courtes.

La crise au bout de 15 jours est complètement calmée, la malade sort de l'hôpital tout à fait bien portante et reprend son travail.

Un mois après, apparition des règles qui durent huit jours et sont très douloureuses, surtout les premières jours (fièvre, coliques).

Depuis cette époque, la malade n'a jamais eu de crises nettes d'appendicite, cependant les règles sont irrégulières et toujours très douloureuses, souvent accompagnées de vomissements et de syncopes. La malade, qui parfois était obligée de se coucher, n'a jamais remarqué que ses douleurs fussent surtout localisées à droite.

En décembre 1900, elle fut opérée pour une hernie inguinale droite.

Pendant la malade souffrait toujours du ventre.

Mariée il y a un an, elle n'eut ni grossesse ni fausse couche.

Le coït, très douloureux, réveillait des douleurs dans le bas ventre.

Opérée par M. Routier, l'appendice fut trouvé fibreux.

L'utérus, rétrofléchi, était fortement tenu par des adhérences.

La corne gauche était très adhérente à l'S iliaque.

Les annexes médiocres furent néanmoins conservés.

L'utérus fut fixé par deux catguts.

L'appendice fut réséqué. Long de cinq centimètres à méso très grasseux, il était noyé dans des adhérences solides et épaisses, la lumière en était très rétrécie et la muqueuse présentait un piqueté hémorragique dans toute sa longueur.

Les suites de l'opération furent apyrétiques.

Deux jours après l'intervention, apparition des règles, venues abondantes, presque indolores, d'une durée de 5 à 6 jours.

OBSERVATION XI

M. GUINARD. — *Société de Chirurgie.*

(Séance du 20 janv. 1904.)

Mlle Y. R..., 22 ans, soignée depuis deux ans et demi, pour douleurs abdominales irradiées dans tout le bas ventre, — aussi bien à gauche qu'à droite. — Les deux médecins ont porté le diagnostic de « métrite des jeunes filles » ou « métrite des vierges » et depuis deux ans et demi la traitent avec des injections au permanganate de potasse, des ovules à l'ichthyol et le repos au lit. Elle a pris plus de deux mille injections, nous dit la mère. Cette jeune fille me parais-

sait avoir l'utérus et les annexes en bon état, je cherchai le point douloureux fixe et je le trouvai très nettement localisé à la région appendiculaire.

Le 25 octobre 1905, j'opérai donc la malade en présence de notre confrère, son parent, dans mon service à la maison Dubois. L'appendice était coudé par une adhérence à 2 cm. environ de son insertion cæcale. Au delà de cette coudure, l'organe est augmenté de volume et ses parois sont couvertes d'arborisations vasculaires.

Je trouve dans la partie dilatée en ampoule une bouillie fécale. A sa terminaison, l'appendice a repris son volume normal et ses parois sont sclérosées. La muqueuse paraît saine et présente à peine quelques taches de pointillé hémorragiques.

Toute douleur a disparu depuis l'opération et c'était, à n'e pas douter, l'appendice seul qui était en cause.

OBSERVATION XII (personnelle).

Service du D^r ROUTIER.

Jeanne G..., tapissière, âgée de 37 ans.

Entrée salle Foucher, le 8 juin 1904.

Père mort tuberculeux à 52 ans.

Mère morte à 40 ans, cancer.

Frère mort à 23 ans, tuberculeux.

Sœur morte à 2 ans 1/2.

A. P. — Bien portante, étant petite fille, réglée à 14 ans, depuis bien réglée régulièrement sans douleurs, durée des règles 4 à 5 jours.

Fièvre typhoïde à 10 ans 1/2.

Mariée, a eu 2 enfants et une fausse couche, enfant, nés à terme, morts tous deux à 1 mois 1/2, fausse couche à 2 mois 1/2, sans cause connue, suivie de curettage pour hémorragie, n'a jamais perdu en blanc.

Bronchite il y a trois ans. Depuis deux ans environ, la malade dit que ses règles sont devenues un peu moins abondantes et plus douloureuses, crises douloureuses dans l'estomac et le bas ventre sans localisation spéciale, nausées, éructations gazeuses. Ces douleurs se prolongeraient environ une huitaine de jours après les règles.

La malade a peu maigri, mais s'alimente mal, constipation continuelle, la malade est obligée de se purger souvent et chaque purgation lui arracherait des cris quand elle va à la selle.

La veille de la Pentecôte, à la suite d'une indigestion et de l'apparition des règles, la malade est prise de coliques violentes dans le ventre du côté droit, vomissements d'une durée de deux jours, irradiations douloureuses dans l'aîne et dans le foie.

Purgation trois jours après l'apparition de la crise (huile de ricin), légère détente de la douleur, une seconde purgation au sel de magnésie augmente les douleurs, la malade se purge encore jusqu'à concurrence de cinq purgations, mais les douleurs ne s'amendent pas ; le 5 juin, après la dernière purgation, la malade recommence à vomir le lait avec lequel elle s'alimentait, nausées continues.

Les douleurs et les nausées sont telles que, le 7 juin, la malade dans le but de se détruire, s'est fait une infusion de deux têtes de pavots, infusion qu'elle absorbe petit à petit et qui calme ses douleurs. Le 8 juin, date de son entrée, les douleurs actuellement reparues sont moins intenses.

Facies légèrement sub-ictérique, traits très tirés. La paroi abdominale est occupée par un gâteau dans la région du point de Mac Burney. Grand comme une grande paume de main, il est douloureux à la pression.

Au toucher, col loin, utérus en antéversion, les culs-de-sac semblent libres et indolores.

La malade attend ses règles vers le 14.

La malade actuellement couchée salle Foucher, lit n° 18, doit être opérée dans quelques jours.

OBSERVATION XIII

RICHELOT. — *Société de Chirurgie*, 1890, p. 625,
in *Thèse Chevalier*.

Irma R... est une jeune fille de 18 ans, malade depuis 18 mois, et très souffrante à chacune de ses époques, surtout aux quatre dernières. Les douleurs, maintenant continues, occupent le côté droit. Elle est entrée, il y a un mois, dans un service de médecine avec du ballonnement et 59°.5. Les symptômes se sont calmés. Il n'y a plus de fièvre; mais la palpation à droite, au niveau même des annexes, est tellement douloureuse qu'il est impossible de la prolonger. Elle souffre moins à gauche: cependant il est facile de sentir une petite tumeur mobile et très douloureuse en déprimant la paroi de ce côté.

L'hymen est intact et étroit. Je renonce au toucher vaginal, qui me révélerait sans doute un empâtement du cul-de-sac latéral, et ne m'éclairerait pas davantage. Le toucher rectal permet de sentir une masse dure sur le bord droit de l'utérus.

En résumé: signes de lésions ovariennes, franchement inflammatoires, au point qu'elles paraissent tendre à la suppuration, et difficile à comprendre chez une vierge de 18 ans, car on trouve bien dans ces conditions des névralgies ou des ovaires kystiques, ceux-ci même pouvant simuler l'évolution d'une salpingite, mais on s'explique moins aisément des symptômes d'une telle intensité. Et cependant la douleur est bien sur les annexes, elle n'est pas haut dans la fosse iliaque; chez toute autre malade j'admettrais facilement une lésion tubaire ou ovarienne en voie de suppuration. Il n'y a pas de symptômes intestinaux. Il est vrai que la grande douleursiège à droite; mais le côté gauche n'est pas indemne et j'y crois sentir une altération de l'ovaire.

En tout cas, il s'agit d'une affection grave, progressive, qui déjà condamne la malade au repos absolu et qui peut amener de plus grand désordre; quoi qu'il y ait dans la région des annexes, il me paraît dangereux de rester dans l'inaction et nécessaire d'intervenir.

L'opération est faite le 8 juillet 1890 avec mes internes, Morestin et Gauthier.

Après une courte incision médiane, je trouve l'épiploon voilant les annexes droites et je le détache avec précaution. L'ovaire droit, mollement adhérent par toute sa surface, est ainsi libéré, il est de volume normal et parfaitement sain. La moitié utérine de la trompe me paraît un peu congestionnée: rien de plus; mais plus j'avance, plus les adhérences épiploïques deviennent intimes, et bientôt apparaît au milieu des lobules adipeux, un cylindre fluctuant, gros comme le petit doigt, que je prends d'abord pour la partie externe de la trompe épaissie et distendue, mais que je reconnais presque aussitôt pour l'appendice vermiciforme. Cet organe étroitement accolé à la trompe et à l'ovaire, était confondu avec eux dans la même masse épiploïque, frappant exemple de péritonite adhésive autour d'un appendice malade, mais non perforé.

J'énuclée peu à peu, sans le déchirer, le cylindre fluctuant et l'ayant libéré jusqu'à sa base, je le lie avec un gros catgut; mais sa paroi friable est coupée par le fil. Alors je le résèque promptement, et je place au niveau de son insertion trois points de suture qui ferment toute communication de la cavité intestinale au péritoine. La trompe et l'ovaire sont réintégrés à leur place. L'appendice, dont la paroi est épaisse, est rempli de pus, mais on n'y trouve pas de corps étranger.

Reste à examiner les annexes gauches. Il n'y a pas d'adhérences et l'ovaire est attiré facilement; il est doublé de volume par un gros kyste sérieux qui occupe son bord libre. Je résèque le kyste avec une mince couche de tissus, j'abandonne l'ovaire ainsi traité, et je referme le ventre.

Tout va bien du 8 au 12 juillet : puis la température s'élève et on découvre un petit abcès de la suture qui oblige à enlever les 5 fils inférieurs et placer un drain. La fièvre tombe aussitôt. La suppuration diminue rapidement. Ablation du drain le 20 juillet et guérison parfaite quelques jours après. J'ai revu la jeune fille tout récemment : elle est en parfaite santé.

OBSERVATION XIV (inédite).

Due à l'extrême obligeance de M. le D^r MARION.

Mlle D..., 19 ans, a été soignée, il y a quinze mois, par M. le D^r Fougeyron, de Tulle, pour une appendicite ayant provoqué la formation d'un plastron très étendu et qui mit cinq mois à disparaître complètement.

Je vois la malade à la fin d'août 1904. Elle vient parce que depuis son appendicite elle souffre continuellement du ventre. Ces douleurs ne sont pas spécialement localisées dans la région de l'appendice, mais siègent au bas ventre ; de plus, elle présente des troubles menstruels très accentués : règles excessivement douloureuses. Si bien que les symptômes fonctionnels sont plutôt en rapport avec une lésion des annexes qu'avec une lésion de l'appendice. La jeune fille est vierge, et le toucher rectal pratiqué ne démontre rien du côté des annexes. La malade présente également de l'entéro-colite muco-membraneuse bien caractérisée.

Je conseille l'opération en raison de ces douleurs et pense qu'il s'agit d'adhérences consécutives à l'appendicite.

La malade est opérée le 10 mai avec l'aide de M. Denéchaux. Je trouve l'appendice bas situé, petit, relié à la trompe et à l'ovaire du côté droit, par des adhérences qui englobent complètement cet ovaire et cette trompe. Malgré l'âge de la malade, je me résous à enlever ces organes atrophiés du reste. Ovaire diminué de volume, trompe oblitérée, de même que l'appendice.

Guérison sans incident.

Lorsque la malade a quitté la maison de santé, 28 jours après l'opération, les troubles d'entéro-colite avaient diminué d'une façon très sensible, elle pouvait aller à la selle sans lavages, qui auparavant étaient indispensables.

Les règles qu'elle avait eues une fois avaient été très courtes et peu douloureuses. La malade, d'autre part, était complètement débarrassée des douleurs continues dans le bas ventre.

En résumé, appendicite, ayant déterminé une production d'adhérences autour de l'organe, de l'ovaire et de la trompe du même côté sans lésions inflammatoires de ces derniers organes.

OBSERVATION XV (personnelle).

Service du D^r ROUTIER.

Mme Marthe Ch..., couturière, âgée de 27 ans. Entrée dans le service du D^r Routier, le 9 janvier 1904.

Réglée à 18 ans, mariée à 20 ans, deux grossesses l'une en 1898, l'autre en 1901, normales.

Jamais aucune douleur dans le bas-ventre.

Règles toujours normales et sans douleurs.

Histoire de la maladie.

Le 3 novembre 1905, vers 5 heures du soir, douleurs dans les reins, sensation de barre dans le ventre, vomissements le soir même et le lendemain toute la journée (potion, glace sur le ventre). Constipation (lavement). Les douleurs cessent peu à peu, la malade se lève au bout de 3 semaines pendant 4 jours, puis est reprise de douleurs situées beaucoup plus bas dans le petit bassin du côté droit, lancinantes. Les règles réapparaissent pendant 3 jours seulement, elles sont très douloureuses avec brusque douleur dans les jambes.

Les douleurs de l'appendicite reparaissent avec irradiation

du côté du creux épigastrique. A ce moment apparaissent des pertes blanches abondantes. Trois jours après douleurs dans le petit bassin à gauche, un seul vomissement le 8 et un autre le 9 au matin.

Elle entre à l'hôpital avec une $T = 38^{\circ}$, la température reste oscillante pendant 5 à 4 jours.

A l'examen, le palper ne réveille aucune douleur au niveau du point de Mac Burney. Les annexes sont surtout douloureuses à droite.

Au toucher, utérus situé un peu haut, semble fixe, col mou, masse très douloureuse à droite.

Opérée le 21 janvier 1904.

Les intestins sont adhérents à l'utérus, tout le petit bassin est plein, l'appendice descend très adhérent contre la masse droite en détachant les anses intestinales, il vient du pus, c'est un abcès dont le pavillon de la trompe droite fait la paroi.

L'appendice très rouge est lié et coupé au thermo.

Hystérectomie totale par mesure d'hémostase et pour faciliter le drainage.

La trompe droite grosse comme l'index est pleine du même pus que celui de l'abcès. L'utérus est petit et présente de la périmétrite de la corne droite.

Les annexes gauches sont absolument saines. La malade est revue bien portante le 12 avril et le 12 mai, avec quelques phénomènes dus à l'absence de règles.

OBSERVATION XVI

Un cas de pelvi-péritonite suppurée consécutive à une salpingite ayant évolué chez une fille vierge avec les symptômes d'un abcès appendiculaire.

MM. GAUBERT et LAMBERT, internes de l'hôpital de St-Nazaire
(*Gazette médicale de Nantes*).

Alice D..., 23 ans, est admise à l'hôpital le 2 novembre 1902, avec le diagnostic de crise appendiculaire justiciable d'une opération d'urgence. Cette jeune fille avait été vue par plusieurs médecins de la ville pour des crises semblables, en août 1900 et en juin 1901.

Chaque fois la douleur localisée dans le flanc droit, accompagnée de constipation et de vomissements avec élévation de température, avait fait songer à une suppuration péri-appendiculaire; l'opium, la glace sur le ventre, avaient été employés avec succès, la malade conservait néanmoins entre ses crises une sensibilité spéciale du point de Mac Burney.

A son entrée à l'hôpital la température est de 38°, le pouls à 120. L'état général est inquiétant : douleurs sourdes dans l'abdomen rendant la palpation impossible, constipation absolue, vomissements, météorisme, urines chargées et rares.

A l'interrogatoire on apprend que la première crise semblable, datant de 2 ans (25 août 1900), avait débuté comme celle-ci, à l'occasion d'un mouvement brusque; elle dura trois jours, et fut suivie de l'apparition des règles, particulièrement douloureuses et abondantes.

La convalescence fut longue (septembre-octobre), la douleur persista quoique atténuée, ayant son maximum dans le flanc droit avec irradiations dans les lombes, ce qui fit poser la question d'une opération d'appendicite à froid.

Un an plus tard, en juin 1901, mêmes symptômes, la malade est prise en revenant du travail, au milieu de ses règles :

point de Mac Burney, douleurs dans le bas-ventre. Immobilisation, opium, glace. Le tout dura 48 heures et confirma le médecin de la famille dans son diagnostic.

Rien de nouveau jusqu'au jeudi 30 octobre 1902, la malade, en pleine époque menstruelle éprouve tout à coup en se baissant une telle douleur, qu'on est obligé de la relever et de la porter dans son lit; un médecin appelé en hâte constate un peu au-dessous de l'appendice un empâtement notable mal délimité et profond; la température monte à 59° et oscille les jours suivants autour de ce chiffre; état général mauvais, pas de défense musculaire. C'est alors que la famille se décide à faire entrer Alice D... à l'hôpital, où la question d'une intervention immédiate est agitée.

L'histoire d'Alice D..., est celle d'une chlorotique neurasthénique, difficilement réglée à 14 ans, présentant de la dyspepsie, de la leucorrhée, des règles douloureuses et irrégulières. En insistant nous apprenons que depuis 4 ans ses pertes sont devenues purulentes, s'accompagnent de pesanteur dans le petit bassin, de ténésme, de métrorrhagies, états sur lesquels la malade n'attire jamais l'attention des médecins.

Les jours suivant (3 et 4 novembre), la fièvre oscille autour de 59°. Le 6, on croit trouver dans la région sus-pubienne une fluctuation qui fait penser à une pelvi-péritonite. Le samedi 8 novembre, la malade est endormie, et l'examen vaginal pratiqué sous le chloroforme révèle une fluctuation manifeste dans le cul-de-sac de Douglas, ainsi que dans le cul-de-sac latéral droit, la région est chaude et tendue, le trocart de Laroyenne amène un litre environ de pus mal lié et infect; un drain est laissé à demeure, après une large inspection de la poche.

Le 8 au soir, la fièvre monte à 38°, puis retombe le lendemain à 37°. La malade présente un état satisfaisant; elle s'alimente. On pense que l'abcès étant suffisamment drainé toute inflammation va disparaître.

Cependant les symptômes se modifient : nouvelle recrudescence de la fièvre, la douleur, tout d'abord localisée au point de Mac Burney, semble s'abaisser dans la fosse iliaque, les annexes droites sont douloureuses, empâtées.

Un nouvel examen sous le chloroforme permet de sentir une tumeur nettement annexielle, le doigt introduit en arrière de l'utérus par l'ouverture faite au Douglas délimite assez exactement cette tumeur profonde enkystée, obscurément fluctuante sans communication appréciable avec l'abcès drainé comme le serait un pyosalpinx. On perçoit aussi sur les côtés de l'utérus un cordon dur, roulant sous le doigt et qui paraît être l'extrémité interne d'une trompe enflammée.

L'absence de plastron abdominal éloigne l'idée d'un phlegmon du ligament large, l'évolution des accidents celle d'un simple hématocele péri-utérin.

Pour les auteurs, l'inflammation du cul-de-sac s'était produite au moment des règles, et avait marqué pendant un moment les symptômes annexiels.

OBSERVATION XVII

Appendicite suppurée et Pyosalpinx droit. Résection de l'appendice. Ablation des annexes droites. Guérison. (SKENE, *Brooklyn med. Jour.*, 1898, in *Thèse Barnsby.*)

W..., 31 ans, 4 grossesses normales. Il y a deux ans, apparition d'une douleur brusque à droite, dans la fosse iliaque, avec fièvre et constipation. Mauvais état général consécutif, troubles dyspeptiques, crises successives dans l'intervalle des règles. Depuis 6 mois les règles sont devenues douloureuses, prolongées. La leucorrhée est interne, la malade accuse une douleur droite, constante pendant les règles et dans l'intervalle.

Elle consulte en novembre 1894. Le toucher vaginal montre une région appendiculaire sensible, empâtée et du côté du

vagin un utérus en rétroflexion très douloureux, et à droite une trompe énorme fixée à l'utérus, semblant se confondre avec l'empatement iliaque. A gauche, annexes normales.

Apparition de deux nouvelles crises douloureuses à droite.

Diagnostic. — Appendicite et pyosalpinx droit.

Opération. — Incision latérale. Résection de l'appendice contenant du pus et deux boulettes stercorales, très adhérent à la trompe droite suppurée qui est liée.

Des culturesensemencées avec le pus appendiculaire donnèrent des cultures typiques de *bacterium coli* associé au streptocoque, et le pus de la trompe donna aussi du coli et du streptocoque.

OBSERVATION XVIII

Appendicite suppurée et perforée, compliquée d'une annexite secondaire. Laparotomie. Résection de l'appendice, castration unilatérale. (Dr QUÉNU, Journ. des Prat., 9 avril 1898, p. 226, in Thèse Barnsby.)

Mme. V..., âgée de 25 ans, entre le 7 janvier à l'hôpital Cochin, pour une appendicite chronique de nature suspecte ; sa mère, en effet, est morte phthisique et un de ses frères a une tumeur blanche : elle-même paraît assez chétive, mais ne tousse pas et n'a aucun passé thoracique.

A l'âge de 21 ans, attaque d'appendicite aiguë, soit il y a quatre ans ; il y a 2 ans, nouvelle crise terminée par issue de pus dans les selles. En novembre dernier, violentes douleurs dans le côté droit du ventre, apaisées le 15 décembre par l'évacuation de pus par le rectum. Depuis douleurs moins intenses, mais nécessitant un repos au lit.

Dans la région caecale, on sent une induration profonde dont l'extrémité supérieure affleure la ligne iléo-ombilicale ; l'utérus est abaissé et très mobile, et le cul-de-sac latéral droit est rempli par une masse indurée, douloureuse, con-

tinue avec l'induration iliaque; aucune grossesse, ni fausse-couche, menstruation régulière, quelques pertes en blanc, la première année de son mariage, pour lesquelles on l'a soignée pendant un mois, mais postérieurement à la première crise d'appendicite.

L'évolution des accidents autorisant à penser que la masse pelvienne était secondaire, et peut-être le résultat de l'appendicite. Les constatations faites au cours de l'opération sont venues confirmer cette manière de voir.

Laparotomie médiane le 27 janvier 1898.

Dans la fosse iliaque droite, on trouve un foyer auquel adhèrent des anses intestinales, l'épiploon et l'appendice; une des anses d'intestin grêle est perforée et nécessite une suture assez étendue, l'appendice est perforé et cette perforation s'ouvre dans le foyer qui est déjà ancien. Après le détachement et la résection de l'épiploon, le détachement des anses intestinales adhérentes et la suture de l'anse ulcérée, on résèque l'appendice.

Dans le petit bassin, lésion de salpingite sèche double, plus prononcée à droite, à gauche ovaire scléro-kystique et quelques adhérences. Dans le cul-de-sac de Douglas, foyer ouvert dans le rectum : nettoyage du foyer et suture de la perforation rectale; mais étant donné la friabilité des parois rectales, n'étant pas sûr du plan de suture, on extirpe l'utérus par section médiane afin de pouvoir appliquer contre la face antérieure du rectum un tamponnement de gaze iodoformée sortant par le vagin, drainage hypogastrique et iliaque : durée 2 heures et demie.

Les jours suivants, suintement abondant par les drains (streptocôques dans la sérosité examinée chaque jour). Le 3 mars, la malade ne souffre que d'une escarre, en voie de guérison d'ailleurs.

OBSERVATION XIX

ANDREW, J. DOWNES A. M. M. D. of Philadelphia, Gynecologist to St-Mary's Hospital. (*American Medicin*, 14 déc. 1901.)

Une femme me fut adressée avec tous les symptômes évidents d'une appendicite chronique et l'histoire des trois dernières attaques septiques graves, la retenant au lit 5 semaines chaque. La première attaque remonte à 5 ans.

Elle porte la trace d'une laparotomie qui remonterait à 2 ans. Elle apprit du chirurgien qui l'avait opérée qu'on lui avait fait l'ablation d'une trompe et d'un ovaire. Elle a ses règles régulièrement depuis son opération.

Le temps post-opératoire fut très dur, et elle resta au lit 7 semaines. A la suite de l'opération, elle eut deux attaques très graves que, d'après leur description, je rapportai à l'appendice.

Elle m'assura que la première attaque avant l'opération était en tous points semblable aux deux autres.

Je l'opérai dans la ligne semi-lunaire et je lui extirpai un vieil appendice rompu inclus dans un sac d'adhérence.

OBSERVATION XX

Périméto-salpingite confondue au début avec une poussée d'appendicite Hystérectomie abdominale totale. Guérison. (Thèse de Quillard, p. 85.)

Marie P..., 19 ans, couturière, entrée à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Duret, le 10 novembre 1900, se plaignant de douleurs dans le ventre, principalement à droite.

Antécédents morbides nuls. Réglée à 13 ans toujours normalement, pas de grossesse. Le 25 octobre les règles appa-

raissent et cessent brusquement le lendemain sans cause connue.

Le 31 octobre au soir la malade ressent de vives douleurs dans le ventre, avec frissons qui la forcent à s'aliter. Pas de vomissements. Cataplasmes. Les douleurs se calment et se localisent dans le flanc droit; le médecin croit à une appendicite.

La malade entre alors à l'hôpital 5 jours après le début des accidents. On constate la même douleur dans la fosse iliaque droite; le pouls est à 100, la température 38°,5 le soir de son entrée. Sans examen approfondi, on admet le diagnostic d'appendicite; le toucher vaginal était négatif. Cataplasmes, calomel qui détermine une stomatite mercurielle d'ailleurs facilement guérie.

La malade quitte bientôt le service pour y entrer à nouveau le 7 décembre.

De nouvelles douleurs existent dans le bas-ventre, mais plutôt à gauche. Leucorrhée; pas de douleurs à la miction. A la palpation de l'abdomen les deux fosses iliaques sont douloureuses. Au toucher vaginal, on perçoit dans les culs-de-sac latéraux et postérieurs une tumeur douloureuse entourant en fer à cheval le col utérin. Au spéculum, vaginite.

Le diagnostic d'affection utéro-ovarienne d'origine gonococcique s'impose.

Règles le 18 décembre normale, non douloureuses. Opération le 28 décembre 1900. M. le professeur Duret recourt à la laparotomie. Incision sous-ombilicale de 8 centimètres. Quelques adhérences molles, facilement rompues soudent les intestins aux organes génitaux.

Les annexes droites, prolabées dans le Douglas, sont constituées par une trompe du volume du pouce contournée autour de l'ovaire kystique de la grosseur d'un œuf de poule.

Les annexes gauches, plus profondément situées, très adhérentes à la paroi pelvienne, sont plus atteintes encore.

On est donc forcé de les enlever comme on a déjà fait de celles de droite.

Craignant que l'utérus ne soit infecté, le chirurgien termine son opération par l'hystérectomie. Drainage abdomino-vaginal par un drain de caoutchouc et un bourrage de gaze iodoformée avec mèche vaginale. Toilette péritonéale. Suture de la paroi abdominale à trois places.

Examen des pièces.

La trompe droite est contournée autour de l'ovaire kystique; à la coupe, il s'en échappe un pus verdâtre abondant. M. le Dr Bosquin, chef de laboratoire, qui a examiné ce pus, l'a trouvé stérile, sans gonocoques.

Les parois de la trompe sont très épaissies.

L'ovaire gauche est plus petit, infiltré, œdémateux.

La trompe correspondante a le volume d'un porte-plume. Elle est fongueuse, d'aspect caséeux, et ne contient pas de pus. A la surface de l'ovaire gauche on note la trace de deux ou trois corps jaunes.

L'utérus légèrement augmenté de volume est atteint d'endométrite.

L'appendice vermiforme a été examiné au moment de l'intervention opératoire. Il était en partie recourbé derrière le cæcum et ne présentait pas de lésions très apparentes, tout au plus à son extrémité terminale une vascularisation plus marquée et à sa surface une très petite pseudo-membrane, traces légères d'une poussée appendiculaire antérieure qui d'ailleurs n'a été que secondaire à l'affection utérine. Il a été respecté.

Suites opératoires.

Injectons de sérum physiologique, les jours qui suivent l'opération.

Pas de réaction péritonéale; le pouls est bon. Il y a une légère élévation thermique vespérale le 5^e jour. Pas de vomissements. On enlève la gaze iodoformée le 4^e jour et le drain le 12^e.

Actuellement la guérison n'est plus qu'une question de temps.

OBSERVATION XXI

Due à l'extrême obligeance de notre Maître le Dr ROUTIER.

Mme M..., 52 ans, 12 décembre 1905.

Prié par le Dr A... de voir la malade qui, le 15 novembre, avait été prise brusquement de douleurs abdominales, vomissements; on ne sait pas s'il y eut élévation de température.

Elle aurait eu des urines qui ont fait croire à une attaque de coliques néphrétiques.

Les règles normales ont été moins abondantes, mais à leur époque, le 50 novembre.

Elle a essayé de sortir le 4 décembre 1905, mais a beaucoup souffert. Vue par le Dr Routier le 20 décembre. Apyrétique. Le ventre est souple, résistant à droite, non douloureux; grosse masse annexielle droite qui monte un peu dans la fosse iliaque droite.

L'utérus est peu mobile, douloureux, on ne sent rien dans le cul-de-sac gauche.

Elle a eu un enfant à terme et une fausse-couche.

Le 14 décembre, la malade a été purgée. A l'examen, on trouve une masse nettement fluctuante à droite.

Le 15. *Opération.* — *Anesthésie.* Gros abcès annexiel à droite, double, un abcès dans la trompe, un autre dans l'ovaire.

La présence de fibromes utérins nécessite une hystérectomie totale, mais les annexes gauches saines sont laissées en place.

L'appendice, lié et extirpé, est rempli de fèces et couvert de plaques ecchymotiques.

Le 16. T = 37°,4. Pouls, 100. Bon état.

Le 21. Purgation.

Le 22. Ablation du drain et des mèches.

Le 26. État parfait.

4 janvier. La plaie abdominale est très bien cicatrisée, le vagin est presque cicatrisé.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Service du Dr ROUTIER.

Mme Virginie L..., âgée de 59 ans, blanchisseuse. Entrée le 9 juin 1904. Salle Foucher.

Parents morts tuberculeux.

Sœur, tumeur blanche du genou.

A. P..., fluxion de poitrine dans l'enfance.

A 7 ans 1/2 fièvre typhoïde.

Traces d'adénite inguinale gauche probablement tuberculeuse.

Réglée à 16 ans 1/2 toujours bien réglée.

Mariée à 52 ans, pas d'enfants, jamais de fausse-couche. Leucorrhée constante.

Veuve il y a 2 ans.

La malade ne se souvient pas de la date du début de ces douleurs, du côté droit, mais en ferait remonter l'exacerbation à la mort de son mari.

La malade dit avoir souvent souffert dans le côté droit : elle souffrait, mais n'était pas obligée de s'arrêter.

Il n'y a que le dimanche, 5 juin, que la malade a été prise de violentes coliques dans le côté droit, coliques qui l'ont obligée à se coucher, irradiations douloureuses dans le creux de l'estomac.

Vomissements verts lundi, pas de constipation ni de diarrhée. La douleur a débuté 5 jours après les règles.

On la traite par cataplasmes de farine de lin avec X gouttes de laudanum.

État actuel. — 9 juin 1904.

La malade ne se plaint que de douleur dans le côté droit.
T = 58°, 2. Pouls, 104.

Douleurs situées à peu près au point de Mac Burney avec irradiation vers la ligne médiane.

Défense de la paroi du côté droit, pas de gâteau.

Au toucher. — Col amolli et bosselé, cul-de-sac gauche libre, utérus semble repoussé à gauche par une tumeur paraissant fluctuante et très douloureuse remplissant le cul-de-sac droit et le Douglas.

Le 14 juin, le malade a le facies angoissé, langue un peu sèche et blanche.

T = 58°. Pouls 108.

La malade se plaint de douleurs spontanées en coup de couteau.

Urines non albumineuses, léger disque d'acide urique, indican en assez grande quantité.

Les douleurs sont tellement vives qu'on lui injecte une demi-seringue de morphine.

Le 15, la température est tombé à 56°, 8, pouls à 88, mais le facies reste anxieux, la langue saburrale. Les douleurs spontanées sont très vives, malgré la glace.

La malade, malgré tous les avis, est sortie sur sa demande sans vouloir se laisser opérer.

OBSERVATION XXIII

Appendicite suppurée et pyosalpinx droit. Intégrité des annexes gauches. Résection de l'appendice et des annexes droites. (BALDWIN, *Brooklyn. med. Jour.*, 1891, in *Thèse Barnsby.*)

E..., 36 ans, mariée à 14 ans, deux grossesses, une fausse couche sans accidents.

Enjuillet première crise douloureuse suivie de l'apparition

d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Successions de crises appendiculaires, puis apparition de troubles de la menstruation avec leucorrhée.

Coliques salpingiennes et évacuation du pus par l'utérus sous forme de décharges, puis rupture d'une poche qui s'évacue par le rectum.

Au toucher, masse iliaque étendue et masse vaginale fluctuante très adhérente de l'utérus. Les annexes gauches étaient saines.

Diagnostic : appendicite compliquée de pyosalpinx. — Laparotomie. L'appendice est trouvé perforé au milieu d'une poche de pus dont les parois ne sont pas autre chose que la trompe droite dilatée et suppurée, le tout très adhérent à l'intestin.

L'examen bactériologique du pus donnera des cultures pures de *bacterium coli*.

OBSERVATION XXIV

Appendicite suppurée adhérente à un pyosalpinx droit. Intégrité des annexes gauches. Laparotomie. Ablation des annexes droites. Résection de l'appendice. Guérison. (Thèse Besson, Montpellier.)

C..., S., 25 ans, bien constituée, est réglée à 14 ans, et l'est régulièrement jusqu'à 22 ans. A cette époque, la menstruation devient douloureuse, plus abondante avec leucorrhée.

Il y a dix mois, la malade présente une crise péritonéale brusque. Les douleurs violentes siègent d'emblée assez haut dans le flanc droit et sont médiocres dans la région gauche, la constipation est excessive. La guérison a lieu après une débâcle, mais il reste après huit à dix jours une induration siégeant à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale droite.

Trois mois après, nouvelle atteinte identique mais moins violente. Quand la malade consulte M. le professeur Tédénat, elle est pâle, amaigrie, constipée aussi de temps en temps avec débâcles. Les règles durent huit, dix et douze jours, la leucorrhée est médiocre.

La palpation abdominale permet de constater une plaque d'induration arrondie, circulaire (7 à 8 c.), placée sur la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite ; cette plaque est assez sensible à la pression, le cæcum est distendu par les gaz.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est en position normale, douloureux à la pression et au niveau du bord droit. Le col est entr'ouvert sans déchirure. Les culs-de-sac, latéral gauche, postérieur et antérieur sont libres et sains. Les annexes gauches sont libres et saines.

À droite, la trompe paraît saine dans ses deux tiers internes, mais distendue avec la forme et les dimensions d'un œuf dans ses deux tiers externes. Cette partie est haut placée ; elle est perceptible à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, paraît se rattacher au plastron inflammatoire et adhère à l'utérus qui reste douloureux.

On croit à une appendicite ayant déjà donné lieu à deux rechutes et on se base sur la situation élevée du plastron inflammatoire ainsi que sur l'intégrité des annexes gauches.

En présence de deux rechutes d'appendicite, on propose la laparotomie.

Opération. — Incision latérale au niveau du placard adhérent. On tombe sur des adhérences nombreuses, difficiles à détacher. On y parvient et on voit apparaître l'appendice iléo-cæcal qui a les dimensions du petit doigt ; il est distendu, en ampoule, entouré de fausses membranes grisâtres et épaisses qui le rattachent à la trompe, laquelle contient une collection purulente du volume d'un œuf de poule dans son extrémité externe. L'ovaire est congestionné mais sain. La décortication est pénible, on lie l'appendice à sa base, on pédiculise la

trompe. On cautérise le moignon au thermo-cautère. Drainage de Mickulicz. Guérison complète.

Examen des pièces. La trompe dans son tiers externe et l'appendice vers la pointe contiennent du pus ; ces deux collections sont reliées par d'étroites adhérences. Dans le pus appendiculaire, on retrouve deux petits calculs stercoraux.

OBSERVATION XXV (inédite).

Due à l'extrême obligeance de notre Maître le Dr DOLÉRIS.

Service du Dr DOLÉRIS. — *Hôpital Boucicaut.*

Avortement de 2 mois. Salpingite droite. Ablation des annexes du côté droit. Résection de l'appendice.

Marie F..., 54 ans.

Réglée à 12 ans, régulièrement pendant 5 jours. Depuis quelque temps souffre beaucoup de ses règles.

Quatre grossesses antérieures. Les accouchements ont tous été pénibles, enfants anémiques.

Grossesse actuelle. Dernières règles le 20 octobre. Vers la fin de novembre la malade commence à ressentir des douleurs, elle perdait un peu de sang à chaque douleur.

Vers le 20 décembre, la malade a une forte métrorrhagie. A partir de ce moment les douleurs cessent, mais elle a du tympanisme qui dure jusqu'au jour de l'avortement, le 5 janvier.

La malade souffre surtout du côté droit. L'avortement a été très douloureux, s'est accompagné de pertes sanguines assez abondantes avec de nombreux caillots. Elle a 58°,2 ou 5, les jours qui suivent l'avortement.

Le 17 janvier. Les douleurs abdominales, qui ont duré toute la semaine (du 5 au 11 janvier) avec ballonnement du ventre, deviennent plus intenses, elles siègent à droite.

Le médecin constate un gros empâtement dans le cul-de-sac droit.

Le 15 janvier. Les lochies devenant fétides et purulentes au dire de la malade, elle se décide à entrer à la Maternité où elle entre le 16 janvier.

Le 16 janvier.

L'état général n'est pas mauvais, la température 37°,6. Le ventre n'est pas ballonné, il n'y a pas de vomissements, ni même de nausées, les lochies ne sont pas fétides, pas de métrorrhagie.

La partie droite de l'abdomen est seule douloureuse au palper.

Le toucher donne : un utérus dévié latéralement à droite, un peu volumineux, dans le cul-de-sac gauche, on sent une petite bride transversale.

Dans le cul-de-sac droit, une grosse tuméfaction douloureuse, prolabée, accolée à l'utérus.

Traitement par les injections vaginales chaudes.

Les jours suivants, la malade a des douleurs assez accusées à droite, douleurs qui sont calmées par une vessie de glace sur l'abdomen. T. toujours au-dessus de 38°.

Le 22 janvier, métrorrhagie très abondante avec caillots.

Le 23-24 janvier. Les douleurs abdominales se font également sentir à gauche.

Le 27 janvier.

La tuméfaction du cul-de-sac droit a diminué d'une notable quantité, l'utérus est toujours latéro dévié à droite, cul-de-sac gauche est douloureux.

Le 29 janvier. Le suintement sanguin, qui dure depuis l'avortement, a beaucoup augmenté (caillots), puis retour à l'état normal.

Le 2 février, on fait un curettage explorateur; rien dans l'utérus, on met le suintement sanguin sur le compte de l'annexite.

Opération le 4 février.

1° L'utérus est attiré à droite par des adhérences avec le côlon pelvien qui affecte au niveau du fond de l'utérus une direction transversale de droite à gauche. La surface des adhérences intestinales est d'environ 5 à 4 centimètres.

2° En arrière de l'utérus, l'appendice iléo-cæcal prolabé dans le petit bassin, vascularisé dans les deux tiers terminaux, est en rapport et caché par les annexes droites.

La trompe est rouge, tuméfiée, adhérente au côlon pelvien, ovaire kystique.

Il y a vascularisation de l'intestin pelvien, de la partie terminale de l'appendice, de la trompe droite, du fond de l'utérus et du cul-de-sac péritonéal vesico-utérin, surtout du côté droit.

Intégrité des annexes gauches.

On fait : 1° résection de l'appendice.

2° ablation des annexes droites.

Suites opératoires. — La malade est fatiguée par le chloroforme pendant 48 heures. Le ventre est souple, non douloureux, malgré des nausées fréquentes.

25 janvier. Issue de pus crémeux en assez grande quantité par un orifice minuscule. Aucune réaction du côté de l'état général.

La plaie ne présente aucune trace d'inflammation.

OBSERVATION XXVI

M. le Dr LAGOUTTE, in *Thèse Baptiste*, Lyon, 1899.

Mme B..., de Chambolle-Musigny, 28 ans.

On note comme antécédents des crises douloureuses qui se renouvellent à deux reprises dans le courant de l'année 1898. Ces crises, qualifiées alors de coliques néphrétiques, ne durèrent pas chaque fois plus de 48 heures. Jamais on n'a noté de troubles digestifs, diarrhée ou constipation.

Le 24 mars 1899, cette femme, alors enceinte de 4 mois environ, est prise subitement de violentes douleurs abdominales, se propageant surtout du côté de la région rénale droite. Météorisme, vomissements, rétention absolue des gaz et des matières, température au-dessous de 38°. Pouls entre 130 et 140. Cet état va s'aggravant de plus en plus, et le 28 mars le docteur Virely, de Gevrey-Chambertin, me prévient par dépêche. Le jour même, je vois la malade. L'état général est mauvais, le facies grippé, la langue sèche, le ventre très ballonné, douloureux dans toute son étendue, mais surtout dans la région correspondant au globe utérin. L'arrêt absolu des gaz et des matières, les vomissements, le ballonnement considérable du ventre, la douleur mal localisée, l'absence de température faisaient penser, au premier abord, à une occlusion intestinale.

Pourtant la palpation attentive de l'abdomen fait reconnaître de la *défense de la paroi dans la région de la fosse iliaque droite*. On a une sensation de résistance qui n'existe pas dans le reste de l'abdomen. En raison de ce fait et aussi de l'allure de la maladie qui était absolument calquée sur celle d'une jeune malade, que je venais d'observer et d'opérer quelques jours auparavant, je pensai plutôt à une appendicite et je me décidai à intervenir séance tenante.

Incision classique.

Ouverture d'une collection purulente fétide mais peu abondante. J'explore la cavité avec le doigt dans tous les sens, avec précaution. Je ne découvre pas l'appendice et je me contente de drainer largement.

Le lendemain, la malade fait sa *fausse couche*, et rend spontanément gaz et matières ; le pouls se rapproche de la normale, 100 ; la température reste autour de 37°,05. Les vomissements cessent. Amélioration considérable. Sédation des symptômes douloureux. 5 jours après (31 mars), le pouls remonte à 120 puis à 130. La température s'élève au-dessus de 38.

La malade se plaint d'une violente douleur dans la région thoracique droite. L'auscultation révèle une pleurésie sèche, qui cède en 8 jours à un traitement approprié.

Malgré cela, la température se maintient élevée et atteint 59, le pouls est fréquent (120 environ), enfin la malade éprouve de vives douleurs abdominales. Cette persistance des accidents ne s'explique ni par la lésion pleurale, qui va s'améliorant, ni par l'infection utérine consécutive à la fausse couche.

De grandes précautions avaient été prises de ce côté et je ne constate pas le moindre écoulement suspect.

L'exploration de la plaie abdominale avec le doigt ne décèle rien d'anormal ; mais le 8 avril, par le toucher rectal et le toucher vaginal, j'arrive à sentir une tumeur très haut située et douloureuse à la pression. Deux jours après cette exploration, le 10 avril, je reviens à Chambolle, voir la malade, et cette fois je sens très nettement une collection purulente, faisant saillie du côté du rectum et du cul-de-sac postérieur.

Il était naturel de l'ouvrir par l'endroit où elle faisait saillie, mais la fausse couche récente me faisait craindre l'infection des voies génitales, et je donnai issue au pus par le cul-de-sac postérieur. De préférence aussi à l'ouverture rectale, j'adopte la voie transpérinéale.

Après une incision transversale prérectale, je dédouble la cloison recto-vaginale jusqu'à la tumeur que j'incise largement. Il s'écoule un flot de pus horriblement fétide. Drainage avec un gros drain. Disparition des symptômes douloureux, de la fièvre. Guérison rapide. La malade, revue récemment, se porte bien.

OBSERVATION XXVII

M. HERRGOTT. — *Congrès international de médecine*, Paris, 1900.
(Séance du 8 août.)

Le 9 avril 1899, la nommée M. T..., 19 ans, primipare, entre à la Maternité de Nancy. Elle n'avait jamais été malade.

Régulièrement menstruée depuis l'âge de 15 ans, elle aurait eu ses dernières époques vers la fin de juillet ou d'août, elle ne saurait préciser davantage.

Sa grossesse se serait passée sans troubles ni phénomènes sympathiques trop marqués; toutefois, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle aurait eu une poussée grippale de cinq à six jours, caractérisée par de la céphalée, de la courbature, par un peu de bronchite et par de l'anorexie, mais sans vomissements ni douleurs abdominales.

Cette indisposition semblait terminée lorsque, dans la nuit du 8 au 9 avril, elle ressentit subitement de très fortes coliques dans le bas-ventre, surtout à droite. Elle put néanmoins se lever et aller dans une auberge voisine prendre une boisson alcoolique dans l'espoir de faire cesser ces douleurs abdominales. Malgré cela, les coliques continuèrent. La malade se recoucha, mais elle ne tarda pas à être prise de vomissements. Elle se leva pour vomir et, à ce moment, perdit connaissance, *elle tomba sur le ventre*, la tête en avant. Des voisins accourus à son secours la transportèrent sur son lit. Elle eut encore, de 5 heures à 11 heures du matin, cinq à six syncopes toujours accompagnées de vomissements de couleur jaune verdâtre.

Se trouvant mieux dans le courant de l'après-midi, cette femme se leva et put même faire une course assez longue; mais, dit-elle, « pliée sur elle-même », à cause de la douleur abdominale qu'elle éprouvait.

Dans la soirée, nouvelle syncope accompagnée, comme les précédentes, de vomissements alimentaires.

Peu après, elle ressentit des douleurs dans la région lombaire qui la décidèrent à aller à la Maternité où elle entra le 9 avril, vers 10 heures du soir.

A son arrivée, on trouve que le col n'est pas effacé. On lui donne dans le courant de la nuit un lavement laudanisé pour calmer les douleurs abdominales qui avaient reparu.

Le 10, la température est à 38°,7, et le pouls à 120.

La malade accuse une sensibilité abdominale diffuse. L'utérus, en état de tension permanente, est douloureux dans toute son étendue; aussi la malade se plaint-elle continuellement.

Dans la soirée, les douleurs sont toujours aussi vives. Elles continuent le lendemain 11 avril; cependant le pouls est un peu moins fréquent, 114; la température est de 37°,4. La face n'est pas grippée, et il n'y a plus de vomissements dans la journée. Une potion à l'extrait thébaïque a été supportée.

Ces phénomènes persistent jusqu'au 12. Le travail, qui avait été plus marqué la veille, avance très lentement.

Le flanc droit n'est pas douloureux, il est sonore à la percussion, mais le flanc gauche est sensible à la pression; il y a aussi moins de sonorité en arrière de ce côté. Cette submatité disparaît quand la malade se couche sur le côté droit.

A minuit, la dilatation étant comme une paume de main, on rompt les membranes. Le travail s'accélère, la dilatation est complète, et, avant qu'on ait eu le temps d'intervenir, la femme expulse spontanément, à une heure du matin, un garçon pesant 2550 grammes. Sa délivrance suit peu après, elle est complète.

Le 15, mon collègue, le docteur Schuhl, me remet le service qui lui avait été confié pendant les vacances et me met au courant des divers incidents que je viens de rapporter.

J'apprends aussi que, depuis le 10, la malade n'a pas eu de selle ni de gaz.

Le ventre, qui n'était pas tympanisé avant le travail, s'est notablement ballonné depuis l'accouchement. Il est peu

douloureux, mais *dans tout le flanc gauche* il existe une rénitence très nette.

Nous nous trouvions donc en présence d'une péritonite avec collection purulente qui semblait surtout localisée dans le flanc gauche. Malgré cette localisation anormale, malgré la chute sur le ventre que la malade avait faite trois jours auparavant, ainsi qu'on s'en souvient, je pensai qu'il était indiqué de pratiquer sans retard la laparotomie pour donner issue au liquide collecté dans le péritoine et pour faire l'ablation de l'appendice, vraisemblablement point de départ de tous ces accidents péritonéaux.

Je priai mon collègue, le professeur Weiss, de vouloir bien examiner cette malheureuse. Il partagea notre avis et pensa qu'il fallait en effet intervenir de suite, ce qu'il voulut bien se charger de faire sur-le-champ.

Il incise la paroi abdominale au niveau de la ligne blanche, de façon à permettre à la collection située dans le flanc gauche de s'écouler, espérant aussi pouvoir, par cette voie, arriver jusqu'au niveau de l'appendice.

Lors de la section de l'abdomen, on est frappé de l'épaississement et de la rougeur du péritoine. Dès que la cavité péritonéale est ouverte, il s'écoule 5 à 600 grammes d'un liquide séro-purulent qui semble venir de la partie gauche de l'abdomen.

Les anses intestinales, qui apparaissent au niveau de l'incision, sont recouvertes de fausses membranes blanchâtres et épaisses.

Après avoir épongé tout le liquide, M. Weiss explore la cavité abdominale, à travers la plaie, de façon à reconnaître le foyer d'origine de la péritonite. La région appendiculaire surtout est examinée avec le plus grand soin. Cette recherche de l'appendice est particulièrement difficile en raison de la place où l'incision a été faite.

N'ayant rien trouvé d'anormal du côté de la région appendiculaire, M. Weiss procède à un lavage minutieux de la

cavité abdominale avec de l'eau stérilisée chaude. Puis, lorsque le liquide irrigué ressort limpide, on établit un drainage avec de la gaze iodoformée. La plaie est refermée tout en maintenant une ouverture suffisante pour le libre fonctionnement du drain.

Le pansement terminé, on fait une injection sous-cutanée de sérum que l'on répète plusieurs fois dans le courant de la journée.

Malheureusement le poulx, qui après l'opération était resté à 106, s'accélère dans la soirée. L'état général devient de plus en plus mauvais et trois jours après, le 16, la malheureuse succombe aux suites d'une péritonite généralisée, malgré tout ce qui avait été tenté pour la sauver.

Voici ce que l'*autopsie*, pratiquée par M. le docteur Vial, a permis de constater:

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les anses intestinales couvertes de fausses membranes blanchâtres et très épaisses. Tout l'utérus est également couvert d'une épaisse couche pseudo-membraneuse qui entoure également la vessie.

En arrière de la portion initiale du côlon ascendant existe une *cavité enkystée* qui se déchire sous l'influence des tractions faites pour décoller le côlon et qui laisse écouler un flot de pus que l'on peut évaluer à 200 grammes environ. *On trouve alors l'appendice iléo-cæcal infléchi et relevé* derrière la face postérieure du cæcum et du côlon et adhérent à celle-ci par son extrémité qui est recouverte de fausses membranes, ainsi que toute la face postérieure de la première portion du côlon ascendant.

Sectionnant longitudinalement l'appendice, on trouve que le tiers initial de cet organe est sain; mais, à la partie moyenne, existe une *perforation* de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Toute l'extrémité de l'appendice sous-jacente à la perforation est noirâtre et tuméfiée; elle est le siège d'un processus de gangrène très avancée.

L'appendice ne contient pas de calcul stercoral.

L'*examen bactériologique du placenta*, ainsi que du liquide péritonéal recueilli pendant la laparotomie sur des compresses stérilisées, a été fait dans le laboratoire du professeur Macé par M. Thiry.

L'examen des faces utérine et fœtale du placenta, ainsi que du sang contenu dans le cordon n'a pas permis de constater l'existence de bactéries ; toutes les cultures sont demeurées stériles.

Quant à l'*examen direct du liquide* des compresses, il montre de très rares leucocytes. Sur 7 préparations, on ne voit pas de bactéries ; une fois seulement, on trouve une courte chaînette formée de microcoques conservant le Gram.

Quant aux cultures sur bouillon, gélose et sérum coagulé, elles donnent : 1° un bacille mobile, décoloré au Gram, faisant fermenter la lactose qui paraît être un *colibacille* ;

2° Un long bacille très mobile, coloration au Gram, souvent en longues chaînettes ; ce bacille, qui liquéfie très rapidement le sérum après l'avoir peptonisé, semble être constitué par le *bacillus Zopfi* ou par une espèce voisine, très probablement également d'origine intestinale ;

5° Enfin, avant que les colonies de ce long bacille et celles du colibacille ne se montrent sur le sérum, on trouve, dans les cinq premières heures de l'ensemencement, quelques fines colonies formées par le microcoque en courtes chaînettes entrevu à l'examen direct. Il est probable qu'il s'agit d'un streptocoque.

Je n'insisterai pas sur les difficultés que le diagnostic de cette appendicite survenant à la fin de la grossesse, un peu avant le début du travail, a pu présenter.

En l'interrogeant, la malade nous avait dit, il est vrai, qu'elle avait eu au début des coliques plus marquées à droite que dans le reste de l'abdomen ; mais quand elle est entrée à la Maternité, elle insistait surtout sur la chute qu'elle avait faite et sur la contusion abdominale qui en était

résultée et qui, d'après elle, était le point de départ de ses souffrances.

De plus, la région appendiculaire ne semblait pas particulièrement sensible; c'était dans le flanc gauche que se trouvait la matité, c'est là aussi que se trouvait le plus de sensibilité.

L'autopsie nous a rétrospectivement montré comment ce drame pathologique avait dû se dérouler.

Cette femme, arrivée à la fin de sa grossesse, avait eu la grippe, j'insiste sur ce fait, car, comme M. Faisans, je crois que cet état infectieux, en accentuant la virulence des bacilles de l'intestin, a une grande importance dans la pathogénie de l'appendicite; puis, quelques jours après, elle avait ressenti des douleurs abdominales très vives causées par une poussée d'appendicite aiguë, avec ulcération de cet organe. De fausses membranes s'étaient formées; on aurait pu espérer que le mal resterait localisé; mais cette malade était près du terme, et le travail en débutant avait considérablement aggravé la situation. Il avait rompu les membranes protectrices qui avaient pu se former et avait ainsi facilité la dissémination dans la cavité péritonéale de germes infectieux d'origine intestinale, ainsi que l'analyse bactériologique l'a nettement démontré, de sorte que quand on est intervenu, six heures après l'accouchement, c'était déjà trop tard; la péritonite était généralisée, la malade était infectée.

OBSERVATION XXVIII

M. HERRGOTT. — *Congrès international de médecine*, Paris, 1900.

(Séance du 8 août.)

Mme I. E..., 25 ans, primipare, a toujours été bien portante. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 20 juin 1899; l'accouchement devait donc se faire vers le 25 mars 1900.

Le 4 mars, elle demande à être admise à la Maternité pour un œdème assez accusé des membres inférieurs. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines. Cet œdème disparut rapidement sous l'influence du repos et du régime lacté. Tout semblait devoir se passer normalement, le fœtus se présentait par le sommet, il n'y avait pas de rétrécissement pelvien, lorsque le 16 mars, à 6 heures du matin, cette femme ressent une douleur abdominale généralisée ayant son maximum dans les fosses iliaques gauche et droite, mais sans prédominance à droite. Le palper exaspérait cette douleur. L'utérus semble tendu, contracté.

Le toucher très douloureux ne permet pas de découvrir une modification appréciable de nature à légitimer l'hypothèse d'un début de travail. Les culs-de-sac sont libres et ne sont le siège d'aucun empatement. Comme cette malade était d'habitude très nerveuse et très impressionnable, je crus qu'un lavement laudanisé la calmerait. La température était à 37°,5.

Mais, à 6 heures du soir, mon chef de clinique, M. Vial, ayant trouvé la température à 39 degrés et le pouls à 130, vient m'informer de l'aggravation survenue.

La douleur abdominale est toujours très vive; toutefois elle ne se manifeste que quand la malade essaie de se retourner dans son lit. Mais la palpation me permet de localiser le maximum de cette douleur au niveau de la région appendiculaire où il existe aussi une légère diminution de sonorité.

Enfin, il n'y a pas eu de selle ni d'émission de gaz depuis la veille.

En présence de ces symptômes, je crois pouvoir diagnostiquer une appendicite. Cette opinion est partagée par mon collègue, M. Weiss, qui, très obligeamment, avait encore bien voulu répondre à notre appel.

Nous étions aussi tous les deux d'avis qu'il serait désirable que l'on pût intervenir immédiatement; mais, tout en le regrettant, nous avons pensé que, vu l'heure avancée et la dif-

difficulté d'une intervention aussi grave dans les conditions défectueuses d'installation où nous nous trouvions, il était prudent d'attendre jusqu'au jour; le facies n'était pas mauvais, et, de plus, il n'y avait eu, jusqu'ici, ni vomissements ni nausées.

Après une nuit relativement calme, la température se maintenant à 59 degrés et le pouls à 150, la malade, qui avait eu un premier vomissement à 5 heures du matin, est transportée à 9 heures dans le service du professeur Weiss qui intervient aussitôt.

Il incise la paroi abdominale suivant la méthode de Roux. A l'ouverture du péritoine, il se produit un écoulement de sérosité péritonéale purulente et fétide. On lave avec de l'eau distillée. Au milieu de la plaie opératoire, la trompe droite, sillonnée de veines variqueuses énormes, vient faire hernie. M. Weiss la repousse et, le doigt introduit dans la cavité péritonéale qui ne se trouve arrêtée par aucune adhérence, il va à la recherche de l'appendice qu'il trouve avec beaucoup de peine à 15 centimètres de profondeur, derrière l'utérus gravide. Il réussit à l'amener au dehors, le lie à son insertion et le résèque au thermocautère.

Après avoir lié le méso-appendice à sa base, il laisse un drain de gaze aseptique, à la Mickulicz, dans la plaie opératoire dont il rétrécit légèrement les deux extrémités.

L'appendice enlevé présente à son extrémité *une plaque jaunâtre de sphacèle de l'étendue d'une pièce de 50 centimes*. Il n'y a pas de calcul stercoral.

Le lendemain, le 18, l'état général est le même : de plus, le col s'est effacé, il a même un commencement de dilatation. Pour enrayer dans la mesure du possible ce début de travail, on donne à la malade un lavement laudanisé.

Le 19, le ballonnement a augmenté ; la malade est oppressée et la compresse de gaze qui fait drain est à peine imbibée.

La dilatation s'est un peu accentuée depuis la veille ; à deux heures, elle est comme une paume de main. A ce moment on

rompt les membranes avec l'espoir d'accélérer la marche d'un travail qu'on n'avait pu arrêter.

A 3 heures, la dilatation étant complète, pour épargner à la femme les dangers d'une expulsion longue et laborieuse on termine l'accouchement avec le forceps et on extrait une fille de 2800 grammes.

Immédiatement après la délivrance, la température était de 37°,5, le pouls marquait 120.

J'espérais qu'un mieux allait se produire : mon illusion fut de courte durée.

Le 20, le ballonnement est énorme, malgré plusieurs selles obtenues avec une prise de calomel.

Comme le drain à la gaze fonctionnait mal, on le remplace par un tube en caoutchouc par lequel il s'écoule une grande quantité de pus.

Puis les phénomènes infectieux augmentent peu à peu ; le délire s'empare de la malade qui succombe le 25 mars dans la soirée.

A l'*auphtosis*, on trouva dans la péritoine une série d'abcès secondaires qui n'avaient pu être découverts et qui avaient causé la mort.

Quant à l'appendice réséqué, l'*examen histologique* qui en a été fait par le docteur Hoche, chef du laboratoire d'anatomie et pathologie cliniques, permet de constater l'existence de deux zones différentes.

Une zone supérieure, relativement indemne, ne présentant qu'une hypersécrétion muqueuse des glandes appendiculaires, l'infiltration embryonnaire des couches conjonctives externes et l'absence des follicules clos.

La zone inférieure présente tous les indices d'une inflammation chronique permanente, caractérisée par une augmentation des fibres conjonctives, une infiltration embryonnaire très abondante avec un grand nombre d'éléments polynucléaires.

Il y a de plus beaucoup de vaisseaux de nouvelle formation

et de plus une atrophie marquée des tubes glandulaires, qui sont enserrés, étouffés entre les travées conjonctives.

Au pourtour de l'appendice, les lésions sont beaucoup plus marquées ; elles montrent des foyers d'inflammation aiguë et même suppurative.

Cet examen semble donc démontrer qu'il s'agit vraisemblablement de lésions aiguës récentes, développées sur un organe déjà altéré par une inflammation antérieure.

Ce sont les lésions d'une *appendicite cicatricielle chronique avec péri-appendicite aiguë*.

Ainsi, cette malade, pas plus que la précédente, n'a pu être sauvée ; nos efforts sont demeurés impuissants.

OBSERVATION XXIX

M. A. LECONTE, interne à l'Hôtel-Dieu. — *Soc. méd. d'Amiens*.
(Séance du 1^{er} juillet 1905).

Appendicite au cours de la grossesse.

Angèle T..., 25 ans, célibataire, tisseuse, demeurant à Moutier, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens le 9 mars 1905.

Résumée : trois accouchements contenant 1 fausse couche 5 mois, 5 grossesses, D. R. 25 au 27 oct. 1902. Le 9 mai, au 7^e mois d'une grossesse normale, crise d'appendicite à début brusque par douleur épigastrique, coliques sans diarrhée. T. 57°6, pouls régulier, douleur à maximum située en arrière et au-dessus de Mac Burney. Cette femme n'a jamais vomi ni eu de diarrhée ni de constipation.

Opération le 13 mai.

Appendice gros comme le petit doigt terminé en ampoule.

Accolé contre la face postéro-interne du cæcum et lui adhère. Ablation de l'appendice. Guérison rapide.

La grossesse suit son cours normal.

• OBSERVATION XXX

Communication de MM. WEISS et FÉVRIER. (*Revue médicale de l'Est*, août 1899.)

Appendicite et grossesse.

Une femme grosse de 8 mois, chez laquelle survinrent brusquement des symptômes de péritonite avec douleur vive dans la fesse iliaque droite. L'exploration du ventre était rendue fort difficile par la présence d'un utérus volumineux ; mais la localisation de la douleur, l'absence de symptômes de salpingite firent diagnostiquer une appendicite.

L'ouverture de la région iléo-cæcale avec drainage à la gaze iodoformée détermina une disparition rapide des accidents et la guérison survint au bout d'un mois.

L'accouchement se fit à terme, avec enfant vivant, actuellement bien portant.

OBSERVATIONS XXXI-XXXII

TH. JONNESCO. — *Société de chirurgie de Bucarest.*

Dans son rapport du 11 juin 1905 à la Société de chirurgie de Bucarest, M. Jonnesco cite deux cas personnels d'appendicite compliquant la grossesse.

1° Dans un cas, la grossesse étant au *cinquième mois*, l'appendicite révélait la forme de péritonite *diffuse* et grave qui a provoqué l'*accouchement prématuré*, et à l'opération faite *in extremis*, j'ai trouvé l'appendice sous le foie et au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane, perforé, avec péritonite généralisée et une énorme collection occupant tout le flanc droit depuis la fosse iliaque jusqu'au foie. La malade a succombé.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une grossesse au *quatrième mois*, compliquée d'une péritonite appendiculaire *diffuse*, suppurée, avec perforation de l'appendice.

L'opération avec résection de celui-ci et drainage a guéri la malade et la grossesse a suivi sa marche normale et *l'accouchement s'est fait à terme*.

OBSERVATION XXXIII

LEGENDRE, *Revue d'obstétrique et de Pœdiatrie*, 1897,
n° 112, p. 200.

Jeune femme a eu depuis six à sept ans, étant jeune fille, en moyenne *deux accès d'appendicite* par an. La première attaque remontait à une affection grippale. Constipation habituelle. Plusieurs crises ont coïncidé avec de l'entéro-colite. Au *cinquième mois* d'une nouvelle grossesse, elle a présenté une forte crise appendiculaire, traitée par les moyens médicaux ordinaires.

La durée a été de cinq à six jours, puis tout s'est apaisé. Huit jours avant l'accouchement, *nouvelle crise*. L'enfant mourut quelques jours après d'accidents infectieux. Les trois mois suivants, trois crises bénignes, mais rapprochées. Je propose alors, mais sans trouver d'écho, la résection à froid. Une nouvelle grossesse survient et après le *premier mois*, à la suite de l'ingestion d'aliments faisandés, ou par suite de la virulence exaltée du bacille, une crise éclate, violente. Douleurs hypogastrique, ombilicale et épigastrique. Ballonnement du ventre, vomissements. Le lendemain, localisation de la douleur à l'appendice. Quinze jours après, entre deux époques menstruelles, on incise. L'appendice noueux, recroquevillé, relevé en point d'interrogation, perforé, fut réséqué. La plaie fut drainée. Les suites opératoires furent parfaites. La grossesse continua son cours.

OBSERVATION XXXIV

Appendicite et grossesse extra-utérine rompue.

BLACK, 1897, in *Thèse Baptiste*, p. 40.

Mme C..., 25 ans. Au début de ses époques, le 7 février, violentes douleurs. $T = 37^{\circ},7$. Localisation au point de M. B. Tympanisme, rigidité musculaire ; la menstruation continue normale. Empatement et sensibilité exagérée dans la région de l'appendice. Le 13, deuxième crise très grave. $T = 38^{\circ},8$. Pouls presque imperceptible.

On pratique une incision latérale. La trompe droite était très hypertrophiée ; on l'enlève avec son contenu ainsi qu'une quantité de caillots sanguins au milieu desquels on trouva l'œuf, expulsé par la trompe. Alors apparut l'appendice atteint d'inflammation. On le réséqua. Convalescence normale. Guérison.

OBSERVATION XXXV

SECOND. — *Comptes rendus de la Soc. d'Obst., de Gynécologie et de Pædiatrie.* (Séance du 3 mars 1899.)

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans environ à laquelle j'avais donné mes soins depuis plusieurs mois pour une rétroversion mobile non compliquée de lésions annexielles appréciables. Elle devint enceinte à la fin d'août 1898 : c'était sa troisième grossesse. Sur mes conseils, elle s'adressa au Dr Baudron qui la vit pour la première fois le 6 février 1899 et constata une grossesse normale de cinq mois environ. Cette grossesse évoluait de la façon la plus simple quand le lundi soir 13 février, Mme X. éprouva quelques douleurs vagues à la nuque et aux reins. Son petit garçon souffrait depuis quelques jours de la grippe ; il était donc naturel de penser qu'elle allait être atteinte elle-même de la même indisposition. Ce fut le diagnostic de son médecin, M. Féraud, qui la vit en venant rendre visite au petit malade.

Le mardi 14, Mme X... ne se ressentait plus que d'un peu de courbature, quand subitement, vers 11 h. 1/2 du matin, elle fut prise de douleurs abdominales, assez vives pour lui faire croire au *début d'une fausse couche*.

M. Baudron, aussitôt réclamé, arriva vers midi et demi et trouva Mme X... un peu calmée par une piqûre de morphine que M. Féraud venait de lui faire; elle n'était pas en travail. Le ventre était légèrement météorisé. *La région iliaque était douloureuse à la pression*, surtout au point *appendiculaire*, et, à ce niveau, s'il n'y avait pas d'hyperesthésie cutanée, on constatait cependant une *légère défense musculaire*. A gauche, le ventre était également douloureux à la pression, mais sans localisation particulière. Il n'y avait ni vomissements ni nausées. La malade avait eu, la veille, une selle abondante, et rendait des gaz par l'anus. La langue était blanche, mais très humide. Il y avait 88 *pulsations* par minute, 37°,2 de température axillaire.

L'entourage de Mme X... n'avait pas l'ombre d'une inquiétude, car, à plusieurs reprises déjà, des symptômes analogues s'étaient montrés pour disparaître aussitôt.

M. Baudron n'en porte pas moins le diagnostic d'appendicite et, au grand étonnement de tous, il prévient très nettement la famille de la gravité possible de cet état. La journée fut calme. Le soir, la température était toujours à 37°,2 et le pouls à 90. Les douleurs s'étaient tellement amendées qu'on ne fit même pas de piqûre de morphine, et la nuit fut cependant très bonne.

Le 15 au matin à 8 h. 1/2, M. Baudron trouva Mme X... bien reposée, et très satisfaite de son état. Le ventre était souple et indolent, sauf peut-être au niveau du point de Mac Burney, mais toute trace de défense musculaire à ce niveau avait disparu. Le pouls demeurait à 90 et la température à 37°,2; il y avait bien eu quelques éructations, mais un lavement glycériné venait de provoquer une selle suffisante et l'évacuation d'une grande quantité de gaz. Il n'y avait pas

l'ombre d'une tendance à la nausée et au vomissement, et le lait additionné d'eau de Vichy fut conservé. Il fut donc convenu que M. Baudron ne reviendrait que si son confrère le jugeait nécessaire.

Le soir, la température atteignait 38° et parallèlement le pouls fut à 96. La nuit fut bonne; mais le 16 au matin M. Féraud, ayant constaté l'insuccès d'un lavement glycéринé et le retour d'un certain degré de météorisme fit demander M. Baudron. Nos confrères virent ensemble voir la malade à 6 h. 1/2 du soir. Le météorisme était à ce moment plus considérable que le matin, mais la région appendiculaire demeurait souple et sans réelle sensibilité. La langue était humide, le facies rassurant, la température ne montant pas au-dessus de 37°,8 et le pouls restait à 90. Il n'y avait toujours pas de nausées, et l'émission des gaz, par l'anus, pour être plus rare que la veille ne s'en faisait pas moins librement. M. Baudron, se guidant uniquement sur le météorisme, sur la tendance à la constipation, sur l'état saburral de la langue, sur la légère élévation de température et sur l'existence d'une douleur vague au niveau du point appendiculaire, fut cependant d'avis qu'une intervention allait s'imposer à bref délai, alors même que l'état actuel persisterait sans autre aggravation et rendez-vous fut pris pour le lendemain 2 h. 1/2.

La nuit fut assez calme, mais à 8 heures du matin une crise douloureuse très analogue à celle qui avaient marqué le début des accidents apparut, dans la fosse iliaque droite, pour être bientôt suivie de quelques frissons, d'un météorisme évident et d'une ascension du pouls à 104 sans que la température dépassât 37°,3, tant et si bien qu'à 2 heures, quand nous arrivâmes avec MM. Baudron et Féraud, il n'y avait plus le moindre doute à garder: le pouls était à 128, le météorisme très accusé et les deux régions iliaques se montraient douloureuses à la pression, avec prédominance de la douleur à droite; le facies commençait à se gripper, la soif

était vive et les éructations devenaient fréquentes sans qu'il y eût cependant de vomissements ni de nausées. Bref Mme X... était en pleine péritonite appendiculaire. Sur ma demande les professeurs Pinard et Dieulafoy se réunissaient à MM. Baudron et Féraud à 4 heures; ils jugèrent qu'une intervention immédiate devait être tentée, quelque grave que fût le pronostic et à 7 heures du soir j'opérai Mme X... en présence de M. Féraud avec l'assistance de M. Baudron et de mes deux internes, Bigeard et Claisse.

Voici les principaux temps de l'intervention. Large incision au niveau de la région appendiculaire après évacuation d'une quantité considérable de pus grumeleux, recherche et résection d'un appendice petit, mais complètement gangrené jusqu'à un demi-centimètre de son insertion cœcale; lavage très soigné du péritoine à l'eau stérilisée chaude, et fermeture partielle de cette première incision, avec drainage de la région appendiculaire et de la cavité pelvienne. Incision symétrique dans la fosse iliaque gauche et après évacuation du pus accumulé de ce côté, mêmes manœuvres de lavage péritonéal et drainage.

A 2 heures du matin, la nuit suivante, Mme X... avortait sans aucune douleur, le 18 au matin, la température était à 37°,2, le pouls était tombé à 110, le facies avait repris un caractère très rassurant; il n'y avait ni sécheresse de la langue, ni vomissements, ni nausées; le météorisme avait disparu et la journée fut en définitive excellente. A ma dernière visite, faite le soir à 11 heures, cet état rassurant autant qu'espéré ne s'était pas modifié, la température ne dépassait pas 37°,4, il n'y avait plus que 100 pulsations et Mme X... se déclarait satisfaite et très soulagée. La nuit ne fut pas mauvaise, et c'est à 4 heures du matin le lendemain 19 février que l'état s'aggrava brusquement. Le pouls s'affola, et, malgré tous les soins qui lui furent prodigués, Mme X... succomba dans la soirée.

· CONCLUSIONS

1° Les complications de l'appendicite sont fréquentes chez la femme;

2° Leur pathogénie ne relève pas uniquement de la situation pelvienne de l'appendice, elles ne peuvent être expliquées non plus par des relations qui existent normalement entre l'appendice et les organes génitaux. Ces complications peuvent survenir en l'absence de tout passé génital.

3° Elles paraissent relever, soit d'une action réflexe, soit de communications anormales du fait d'adhérences.

4° Les troubles qu'on observe du côté de l'utérus n'ont pas une relation absolument définie avec les formes de l'appendicite, cependant les troubles dysménorrhéiques semblent se rattacher plutôt aux formes d'appendicites chroniques et larvées, tandis que les lésions véritables des annexes et de l'utérus semblent se rattacher plutôt aux formes d'appendicites chroniques précédées de crises aiguës plus ou moins nettement définies;

5° L'appendicite semble avoir une évolution particulièrement grave au cours de la grossesse.

6° L'ablation précoce de l'appendice est formellement indiquée dans tous ces cas.

Vu :

Le Président :

Vu :

A. LE DENTU.

Le Doyen

de l'Académie de médecine de Paris,

M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ASHBY. — Appendicite chez la femme, *Maryland. Med. Journal*, Baltimore, 1891-1892.
- BALDWIN. — Appendicite suppurée et pyosalpinx droit, *Brooklyn. Med. Journal*, 1891.
- BALDY (J. M.). — Appendicites, its relations to pelvic inflammation, *Amer. Medicine*, 16 avril 1904.
- BAPTESTE (A.). — De l'appendicite dans la puerpéralité, *Thèse de Lyon*, 1899.
- BARLUNG. — Interval operation in appendicitis, chiefly for relapse with a table of cases, *Brit. méd. Journal*, 29 janvier 1898.
- H. BARNSBY. — De l'appendicite d'origine annexielle, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mai-juin 1898. — Appendicite et annéxite, *Thèse de Paris*, 1899.
- BEAURÉAL (A. de). — *Appendicite et salpingo-ovarite*, in-8, 62 p., Athènes.
- BOUILLON. — *De l'appendicite pendant la grossesse*. *Thèse de Paris*, 1899.
- BOUILLY. — *Semaine gynécologique*, 1897, p. 322. — 12^e Congrès français de chirurgie, séance du 19 octobre 1898. — Appendicite et annéxite.
- BOUCQUEREL (H.). — *Etude statistique sur 72 appendicites opérées à l'hôpital Saint-Louis*, Paris, 1905.
- BRUKMANN (L.). — Observations and tabulated report of the result of one hundred and fifty operations for appendicitis, *Philadelphia med. journ.*, 27 avril 1901.
- CALEY (H.). — Prognosis in appendicitis with an illustrative series of 200 cases, *Lancet*, 10 février 1900.
- CHEVALIER (P. L. A.). — *De l'appendicite pelvienne*, Paris, 1900.
- CLADO. — Ligament appendiculo-ovarien, *Société de Biologie*, 1892.
- COITIER (E. J.). — *Avenir des appendiculaires*, Paris, 1899.
- COCHOL (J.). — *Contribution à l'étude des complications post-opératoires de l'appendicite (et en particulier des pseudo-crisis, des fistules et des éventrations)*, Paris, 1898.
- DEAVER (J. B.). — Appendicitis (*Journal of the Amer. med. Ass.*, 13 juillet 1901. — Varieties of appendicitis, *Philadelphia med. Journal*, 27 juillet 1901. — *Amer. med.*, 6 décembre 1902.
- DELAGENIERE du Mans. — Appendicite et pyosalpinx double. *Archives médicales*, Angers, 20 mars 1897. — Appendicite et annexites, *Congrès*

- de chirurgie, 1897. — Appendicite et annexites, *Congrès de médecine* 1900.
- DELBET PIERRE. — Des troubles gastro-intestinaux dans les inflammations des organes génitaux de la femme en clinique et pathologie, *Archives gén. de médecine*, février 1898.
- DOLÉRIS. — Salpingite et appendicite, *Journ. archives de Gynéc. et d'Obstétr.*, 1895. — Annexite simulant l'appendicite, *Société obstétricale* 14 octobre 1897. — *Clinique gynécologique*, XIX, 19, 1899.
- DORMOY. — Appendicite à forme pelvienne, *Thèse de Lyon* 1897.
- DOWNES. — *American medicin*, 14 décembre 1901. — *Saint-Louis med. and Surgical Journal* 1902.
- DUHRSSSEN (Berlin). — 28^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 5 au 8 avril 1899.
- EDEBOTS (G.). — The relations of movable kidney and appendicitis to each other and to the prattick of modern gynæcology, *Med. Record*, 11 mars 1899.
- ENNAULT. — *Contribution à l'étude de l'appendicite* (particulièrement à siège pelvien) 1899.
- FALK (O.). — Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für der Geburstfehler And Gynäkologen. *Centr. Blatt. für Gynäkol.*, 17 février 1900.
- FEUX. — Appendicite déclarée 27 jours après l'accouchement, résection de l'appendice, guérison. — *Compte rendu de la Société d'Obst. de Paris*, mai 1899.
- FRENKEL. — Die Appendicitis und ihre Beziehungen zur Geburtshulfe und Gynäkologie. *Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 229. — Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorganen. *Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 323.
- GAUBERT et LAMBERT. — Un cas de pelvi-péritonite suppurée consécutive à une salpingite ayant évolué chez une jeune fille vierge avec les symptômes d'un abcès appendiculaire. *Gaz. méd. de Nantes*, 6 décembre 1902.
- GERSUNY. — Peritoneale Adhäsionen und ihre Beziehungen zum weiblichen Genitale. *Wien. Klin. Wochens.*, 1^{er} juin 1899.
- GUINARD. — Des erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire (appendicélie). *Société de chirurgie de Paris*, 13 et 20 janvier 1904.
- HERMES (O.). — Ueber einige Beziehungen der Appendicitis zu Erkrankungen der weiblichen genital Organen. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, L. (5-6), p. 444.
- HERGOTT (Nancy). — *Congrès médical de 1900. Section obst.*, p. 443.
- IARCA. — *Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches*, Paris.
- JONNESCO (Th.). — Appendicite *Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie de Bucharest*, mai et juin 1903.
- KRAUS (E.). — Tuberculose des Appendix und der rechtseisigen Adnexe *Monatssch. f. Geburtsch. und Gynäkol.*, fr. 1902.
- KRUGER. — Appendicitis und ihre Beziehungen zu den weiblichen Genitalorganen. *Deutsch. Zeitlehr. f. chir.*, B. XLV, II. 3 et 4 septembre 1897.
- LABHART (A.). — Ueber die Complication der Schwangerschaft mit Perityphilitis. *Münch. med. Wochens.*, 9 février 1904.
- LAGOUTTE. — Deux observations de collections pelviennes d'origine

- appendiculaire ouvertes par la voie périnéale. *Province médicale*, 22 mars 1902.
- LAWRENCE (F.). — Pelvic diseases in young girls. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 17 octobre 1903.
- LECONTE. — Appendicite au cours de grossesse, *Gaz. méd. de Picardie*, juillet 1903.
- LEGENDRE. — *Bulletin médical*, 7 novembre 1903.
- LEJARS. — Deux cas de dysménorrhée guéris par appendicectomie. *Société de Chirurgie*.
- LEROY. — *Diagnostic différentiel de l'appendicite et des affections péri utérines*, janvier 1898.
- LORANS. — *L'appendicite chez la femme*, Bordeaux, 1900.
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — *Académie de Médecine*, 19 février 1901.
- MAGNIEZ. — *Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne*, Paris, 1902.
- MASSAREL. — *De l'appendicite au cours de la grossesse*, Montpellier, 1901.
- MASSET. — A propos d'une observation d'appendicite, contribution à l'étude du traitement et en particulier du diagnostic de cette affection d'avec la salpingite chez la jeune fille, *Écho méd. du Nord*, 26 mars 1899.
- MARIAN (A.). — A propos d'un cas d'appendicite, *Écho méd. du Nord*, 16 juillet 1900.
- M^{lle} VON MAYER. — Peut-on conclure, entre deux crises d'appendicite, de l'état général subjectif du malade à l'état probable de l'appendicite ? *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1900.
- MARX (S.). — Appendicitis complications, the pregnant and puerperal states, *Amer. journ. of obst.*, août 1900.
- MARCHAND. — *Contribution à l'étude anatomique et anatomo-pathologique de l'appendicite et des appendicitis* (basée sur 60 autopsies), Paris, 1902.
- METCHNIKOFF. — Influence de certaines nématodes sur l'appendicite, *Acad. de Méd.*, 1903.
- C. MONOD et VAUVERTS. — *L'Appendicite*, 196 p., 1898. — Du traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire, avantages de l'incision vaginale, *Arch. gén. de Méd.*, mai 1898.
- MOTY. — Les appendicitis latentes, *Écho méd. du Nord*, 21 fév. 1904.
- NEWMANN. — Appendicitis from the stand-point of the gynecologist, *Jour. of the Amer. Med. Ass.*, 10 octobre 1903.
- PERES (I.). — *Essai sur le traitement médical de l'appendicite dans la puerpéralité*, Toulouse, 1901.
- PHOCAS. — De l'appendicite, *Nord Médical*, 1^{er} mai 1899.
- PINARD. — *Académie de Médecine*, séances du 22 mars 1898, 14 février 1899, 6 mai 1900. — De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité, *Annales de gynécologie*, mai 1898.
- QUILLARD (A.). — *Appendicite chez la femme*, Paris, 1901.
- RICHARDSON (M.). — Appendicitis, *Amer. Journal of the Med. Science*, décembre 1899.
- RICHELOT. — Appendicite prise pour annexite, *Société de chirurgie*, 1890, p. 625.
- ROSTOWTSEFF. — La péritiphlite chez les femmes, *Rousskii Vratsch*, 11 et 25 mai 1903.
- SEMB (O.). — Om appendicit under wangerskal föds el og barselsing, *Norsk. mag. for Lægers denskaber*, juin 1900.

- SIREDEY. — Appendicite larvée et Menstruations, *Soc. méd. des Hôpitaux*, séance du 27 novembre 1903.
- SOUPAULT et JOUAUST. — Appendicite larvée et troubles menstruels, *Société méd. des hôpitaux*, 27 novembre 1903.
- TUFFIER et JEANNE. — Contribution à l'étude de l'appendicite basée sur 100 nécropsies, *Revue de Gyn. et Chirurg. abd.* mai-juin 1899.
- VAUTRIN. — Des appendicites anormales, *Rev. de Gyn. et de Chirurg. abdominale*, janvier et février 1898.
- VILLAR (F.). — Quatre autres cas d'appendicite, *Journ. méd. de Bordeaux*, février 1899.
- VINAY. — De l'appendicite au cours de la grossesse et pendant les suites de couches, *Lyon médical*, 2 janvier 1898.
- WEINBERG. — *Résumé des lésions histologiques des formes communes de l'appendicite.*
- WEISS et FÉVRIER. — Considérations sur une série de 28 opérations d'appendicite, *Rev. méd. de l'Est.*, 15 août 1899.

